

Participation sociale et santé

Participation sociale et santé

Jessica MORTON

Promoteurs

Olivier LUMINET (UCLouvain)

Bernard RIMÉ (UCLouvain)

Thèse présentée en vue de
l'obtention du grade de Docteur
en sciences psychologiques

Collection de thèses de l'Université catholique de Louvain, 2025

UCL PRESSES
UNIVERSITAIRES
 DE LOUVAIN

Présidente

Céline DOUILLIEZ (UCLouvain)

Comité d'accompagnement et jury

Olivier LUMINET (UCLouvain)

Bernard RIMÉ (UCLouvain)

Ginette HERMAN (UCLouvain)

Olivier KLEIN (Université Libre de Bruxelles, Belgique)

David BOURGUIGNON (Université de Lorraine, France)

Pierre BOUCHAT (Université de Lorraine, France)

Darío PÁEZ (Universidad Andres Bello, Chili)

© Presses universitaires de Louvain, 2025

Dépôt légal : D/2025/9964/xx

ISBN : 978-2-87588-xxx-x

Imprimé en Belgique

Tous droits de reproduction, d'adaptation ou de traduction, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation de l'éditeur ou de ses ayants droit.

Couverture: © the Trustees of the British Museum

Diffusion : www.i6doc.com, l'édition universitaire en ligne

Sur commande en librairie ou à

Diffusion universitaire CIACO

Grand-Rue, 2/14

1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Tél. 32 10 47 33 78

Fax 32 10 45 73 50

duc@ciaco.com

Résumé

Ces travaux ont visé à préciser les conditions dans lesquelles la participation sociale contribue à la santé. Dans une première étape, le *Social Participation Index* a été élaboré pour dépasser les limites des indicateurs existants. Dans une deuxième étape, le modèle conceptuel de Berkman et al. (2000) qui établit un lien entre l'intégration sociale et la santé, a été actualisé. Les variables du modèle ont été récoltées dans une enquête nationale menée avec les Mutualités Chrétiennes ($N = 16\,981$), pour laquelle 4 988 répondants ont consenti à permettre l'accès à leurs données personnelles quant à leurs soins de santé. Les analyses de régression et la modélisation par équations structurales ont confirmé la pertinence du modèle actualisé. Dans une troisième étape, le rôle des motivations à faire du volontariat a été étudié en tant que modulateur des processus psychologiques impliqués dans la relation entre participation sociale et santé. Les résultats montrent que les bénéfices associés varient en fonction des types de motivation activés. Ancrée dans le courant Social cure, cette recherche confirme le rôle protecteur du lien social et fournit des outils concrets pour soutenir l'intervention clinique de type prescription sociale.

Abstract

The aim of this work was to identify the conditions under which social participation contributes to health. First, we developed the *Social Participation Index* to overcome the limitations of existing indicators. Second, the conceptual model of Berkman et al. (2000) was updated. This establishes a link between social integration and health. The variables in the model were collected in a national survey carried out with the Mutualité Chrétienne ($N = 16,981$). Of these, 4,988 respondents agreed to allow access to their personal data relating to their healthcare. Regression analyses and structural equation modelling confirmed the relevance of the updated model. Third, the role of motivations to volunteer was studied as a modulator of the psychological processes involved in the relationship between social participation and health. The results definitively show that the associated benefits vary according to the type of motivation activated. This research confirms the protective role of social ties and provides concrete tools to support clinical intervention of the social prescription type.

Table des matières

Résumé	7
Abstract	8
Table des matières	9
Remerciements	11
<i>Note explicative sur la photo en couverture</i>	12
Chapitre 1 Introduction générale	13
<i>Le modèle conceptuel liant l'intégration sociale à la santé (Berkman et al., 2000)</i>	16
<i>L'emploi du terme Participation sociale</i>	20
<i>La présente thèse</i>	21
Chapitre 2 Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation	25
<i>Study 1 - Scoping review</i>	28
<i>Study 2 – Social participation measurement</i>	30
<i>Study 3 – Social participation clusters</i>	43
<i>Conclusion</i>	45
<i>Acknowledgement</i>	46
<i>Competing interests</i>	46
<i>References</i>	46
<i>Tableau non inclus dans le texte</i>	60

Chapitre 3 De la participation sociale à la santé	69
<i>Méthode</i>	83
<i>Résultats</i>	87
<i>Discussion</i>	108
<i>Conclusion</i>	115
<i>Références</i>	115
Chapitre 4 Volontariat et santé	123
<i>Méthode</i>	134
<i>Résultats</i>	141
<i>Discussion</i>	153
<i>Conclusion</i>	157
<i>Références</i>	158
Discussion générale	165
<i>Opérationnalisation de la participation sociale</i>	168
<i>Modélisation de la relation liant la participation sociale à la santé</i>	169
<i>Implications motivationnelles dans le volontariat</i>	173
<i>Implications et perspectives</i>	176
<i>Conclusion</i>	177
Références bibliographiques	179
Annexe	187

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à la Mutualité Chrétienne pour sa collaboration déterminante dans cette thèse. Sans son engagement, cette étude n'aurait tout simplement pas pu voir le jour. La qualité de la collaboration établie a permis la conception d'une enquête rigoureuse et pertinente. La diffusion large de celle-ci a généré des échantillons de taille significative, conférant ainsi une robustesse accrue aux résultats obtenus. Par ailleurs, l'accès aux données de santé, rendu possible grâce à cette coopération, constitue un élément central, voire fondamental, de cette recherche. Ainsi, je remercie plus particulièrement Hervé Avalosse, Sigrid Vancorenland et Rebbecca Verniest, tous trois chargés d'études au sein du département Recherche et Développement de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC).

Je souhaite également remercier très sincèrement le Support en Méthodologie et Calcul Statistique (SMCS) de l'UCLouvain. Son soutien m'a permis d'acquérir et de développer des compétences statistiques variées et approfondies. Les différents travaux présentés dans cette thèse en sont l'illustration directe et témoignent de la maîtrise des compétences méthodologiques acquises au cours de ce parcours. L'appui rigoureux d'Aurélié Bertrand et de Séverine Guisset a permis une mise en œuvre optimale des analyses et a contribué de manière significative à la clarté et à la qualité de la présentation des résultats.

Tout au long de son élaboration, cette thèse a bénéficié du soutien constant de la Commission Doctorale (CDD). Grâce à la gestion rigoureuse de celle-ci, j'ai pu bénéficier d'un appui concret facilitant le bon déroulement de ce cursus spécifique. Tous les échanges administratifs transitant par elle, je tiens à remercier tout particulièrement Martine Janssens pour sa disponibilité et son efficacité. J'adresse également mes remerciements à l'ensemble

des secrétaires qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur aide avec une disponibilité constante et une amabilité remarquable. Je pense plus précisément à Nadine Didier, Isabelle Legrain, Régeane Mathieu et Nadine Fraselle.

Enfin, au cours de ce parcours, j'ai bénéficié d'un encadrement à la fois bienveillant et exigeant de la part du comité de thèse. Leurs visions complémentaires, alliées à une volonté sincère de m'accompagner dans ma progression, ont créé un environnement de travail propice à mon développement intellectuel et personnel. La rigueur acquise et la confiance en mes capacités, c'est à eux que je les dois. Je remercie Olivier Luminet, Ginette Herman, David Bourguignon, Olivier Klein, Pierre Bouchat et Bernard Rimé.

Note explicative sur la photo en couverture

Cradle to Grave (traduction: Du berceau à la tombe) est une œuvre artistique du collectif britannique Pharmacopoeia, créée par Susie Freeman, Liz Lee et le Dr. Michael Pinsky. Elle se présente sous forme d'une longue bande de tissu (13 mètres), exposée à la Wellcome Collection au British Museum de Londres. L'œuvre juxtapose deux vies fictives : celle d'un homme et celle d'une femme britanniques moyens. Dans le textile sont intégrés plus de 14 000 comprimés représentant tous les médicaments qu'ils prendraient au cours de leur existence, de la naissance à la mort.

Chaque pilule correspond à un traitement réel : vaccins, antidépresseurs, contraceptifs, médicaments contre l'hypertension ou le cholestérol, etc. Sur les côtés de ces bandes de tissu, des photographies et objets personnels évoquent les événements marquants de la vie — naissance, école, mariage, travail, vieillesse. L'œuvre questionne la médicalisation de nos vies, l'impact du mode de vie sur la santé, et la frontière entre soin et surmédicalisation. C'est à la fois un récit intime, une critique sociale et une réflexion sur la santé publique.

Référence: Mordhorst, C. (2009). The power of presence: the 'Cradle to Grave' installation at the British Museum. *Museum & Society*, 7(3), 194-205.

Cradle to Grave - British Museum collection

Installation by Pharmacopoeia: Susie Freeman - Dr Liz Lee - David Critchley

www.susiefreeman.com

.....

Chapitre 1

Introduction générale

.....

Introduction générale

Par nature, l'être humain est un être social. Dès sa naissance, sa survie dépend de sa capacité à établir et à entretenir des liens avec son groupe d'appartenance. La qualité de ces relations constitue un facteur déterminant de son bien-être, tant psychique que physique, tout au long de sa vie. En l'absence de tels liens, l'individu est vulnérable à la souffrance sociale, une forme de détresse qui survient lorsqu'il se sent exclu ou isolé. Toutefois, dans nos sociétés marquées par l'individualisme, cette dynamique relationnelle tend à se fragiliser, transférant à l'individu seul la responsabilité de son destin. Ainsi, pour favoriser son développement de manière harmonieuse, il est essentiel de l'encourager, à chaque étape de sa vie, à participer à la vie sociale, notamment à travers des activités de loisir. Au-delà de leur fonction récréative, celles-ci offrent des occasions concrètes de créer et de maintenir des relations interpersonnelles, de nourrir son sentiment d'appartenance, de contribuer à la construction de son identité, à la régulation du stress et au maintien de sa santé, en particulier à mesure qu'il avance en âge.

Dès 1897, le sociologue Émile Durkheim, dans ses travaux pionniers sur le suicide, soulignait l'influence profonde de la société sur la santé mentale de ses citoyens. Il observait que des phénomènes comme la perte de liens sociaux augmentent le risque de comportements autodestructeurs. *A contrario*, dans ses travaux sur les formes élémentaires de la vie religieuse (1912), Durkheim observait également que l'effervescence collective, vécue lors de cérémonies religieuses, induit un puissant sentiment de bien-être. Ces rites, en créant une dynamique de groupe intense, permettent aux individus de se sentir reliés à une collectivité plus large, et par là même de renforcer leur sentiment d'appartenance. Cette effervescence collective favorise l'émergence d'émotions positives partagées qui, selon Durkheim, contribuent à la fois à renforcer la cohésion sociale pour le bien de la communauté et à promouvoir la santé individuelle des participants.

Ce constat visionnaire a longtemps été ignoré par la communauté scientifique. Jusqu'aux années 1980, la santé était principalement envisagée sous un angle individuel, où les facteurs biologiques et comportementaux dominaient. Il aura fallu attendre que les effets dévastateurs de l'isolement social dans nos sociétés industrialisées soient pleinement observés à la fin du siècle dernier pour intégrer la dimension sociale aux modèles de santé publique. Dans ce contexte, Berkman et al. (2000) ont ravivé les idées de Durkheim en conceptualisant un modèle reliant l'intégration sociale à la santé individuelle. Tout récemment, Rimé et Páez (2023) ont réexaminé les théories de Durkheim, à la lumière des données empiriques développées au cours des dernières décennies. La littérature foisonnante sur le sujet confirme et

enrichit les thèses de Durkheim, selon lesquelles l'intégration sociale, le bien-être et la survie sont profondément interconnectés (voir leur article pour review).

Le modèle conceptuel liant l'intégration sociale à la santé (Berkman et al., 2000)

Le modèle conceptuel proposé par Berkman et al. (2000) liant l'intégration sociale à la santé suggère un processus causal structuré par niveaux qui se succèdent en cascade commençant au niveau sociétal pour aboutir au niveau individuel (voir Figure 1). En amont, l'individu s'intègre dans des groupes sociaux (niveau mésosocial) qui se forment, se structurent et s'intègrent dans un contexte social et culturel bien plus large (niveau macrosocial). La prise en compte du contexte sociétal dans lequel les groupes sociaux se développent correspond à la thèse d'Émile Durkheim sur le suicide. En aval au niveau microsocial, les groupes sociaux fournissent un soutien social en cas de difficultés personnelles, en influençant l'adoption de certains comportements, en offrant l'opportunité de s'engager activement au bénéfice de la collectivité et en donnant l'accès à certaines ressources et biens matériels. Ce faisant, les groupes sociaux influencent le bien-être et la santé de leurs membres par trois voies parallèles : comportementale, psychologique et physiologique (niveau individuel). Cette deuxième partie du modèle correspond à la thèse d'Émile Durkheim sur les rituels religieux.

Depuis sa publication, le modèle conceptuel de Berkman est devenu un cadre théorique incontournable non seulement dans le domaine de la santé, mais également pour les sociologues et les psychologues. En 25 ans, cet article a été cité plus de 6 800 fois, témoignant de son influence et de la robustesse de ses propositions. Dans leur revue narrative publiée dans *Lancet Psychiatry*, Fancourt et al. (2021) ont recensé pas moins de 600 mécanismes potentiellement en action dans les différents niveaux du modèle de Berkman et al. (2000) pour expliquer comment les activités de loisir impactent la santé. Supervisée par Andrew Steptoe, cette entreprise de grande envergure témoigne de l'investissement considérable de la communauté scientifique dans l'appropriation et l'exploitation du modèle proposé par Berkman et al. (2000). Cependant, ce modèle majeur présente quatre limites qui méritent d'être explicitement soulignées.

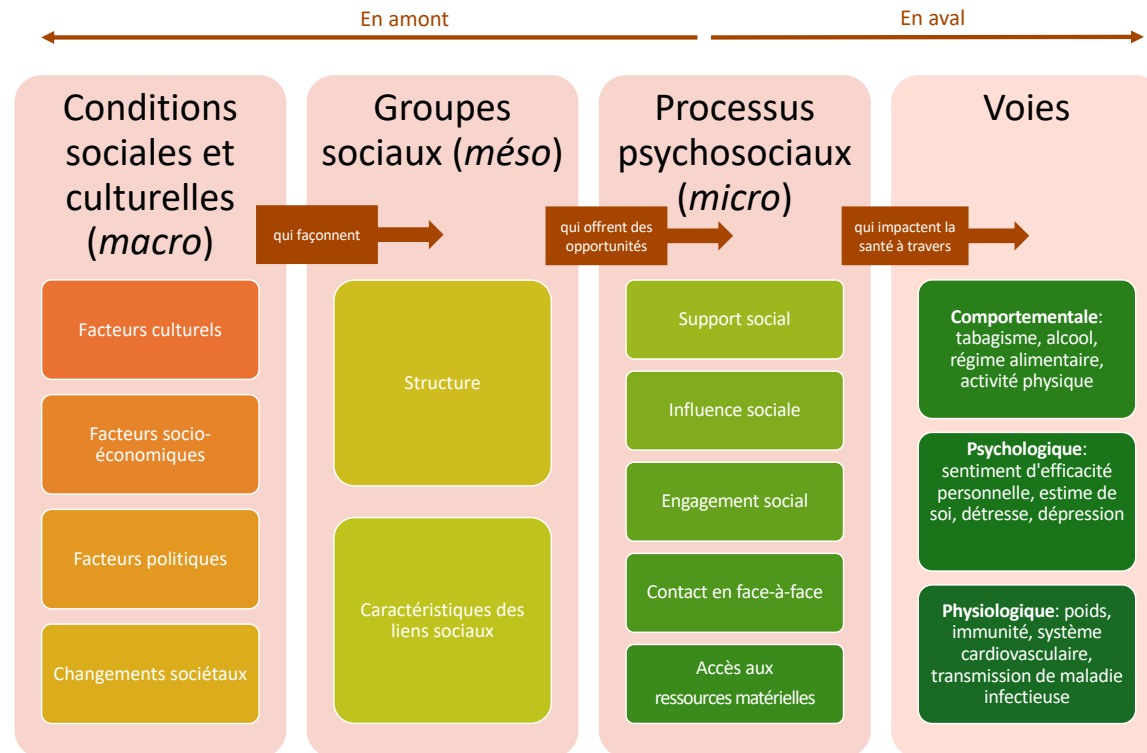


Figure 1. Le modèle conceptuel liant l'intégration sociale à la santé (Berkman et al., 2000)

Premièrement, la place de certaines variables est discutable. C'est notamment le cas du support social dans le niveau microsocial. Dans la version originale du modèle, les auteurs considéraient le support social comme un processus psychosocial fourni par la communauté. En ce sens, Thoits (2011) définit le support social comme autant de fonctions exercées au profit de l'individu par une autre personne significative issue d'un groupe primaire et éventuellement par les membres d'un groupe secondaire. Ces fonctions sont un soutien émotionnel (c.-à-d., manifestations d'amour et d'attention, d'estime et de valeur, d'encouragement et de sympathie), un soutien informationnel (c.-à-d., transmission de conseils susceptibles d'aider une personne à résoudre ses problèmes) et un soutien instrumental (c.-à-d., assistance comportementale ou matérielle pour des tâches ou des problèmes pratiques). Pourtant, le construit du support social est davantage considéré du côté du receveur que du côté du donneur. Dans cette perspective, le soutien social englobe à la fois le soutien *perçu* (tel qu'il est perçu par le receveur) et le soutien *reçu* (par la réception de comportements de soutien concrets). Parmi ces deux éléments, seul le soutien social perçu est lié de manière cohérente à la santé (Haber et al., 2007). Ainsi, le soutien social perçu mériterait d'intégrer la voie psychologique et ce, sans remettre en cause la place du soutien social fourni par le groupe dans le niveau microsocial. Un autre cas discutable concerne la place attribuée au bien-être dans la voie psychologique. Tel qu'il est positionné, le bien-être est présenté comme un médiateur, alors qu'il devrait être envisagé comme une variable dépendante, au même titre que la santé. Or, le modèle original ne prévoit aucune structure permettant de situer adéquatement le bien-être en tant que conséquence de l'intégration sociale.

Deuxièmement, l'ajout d'un dernier niveau consacré à la santé individuelle donnerait une issue formelle à la médiation exercée par les trois voies — comportementale, psychologique et physiologique. S'y retrouverait dès lors, toutes les dimensions investiguées comme conséquence à l'intégration sociale telles que le bien-être (p.ex., Jetten et al., 2014 ; Shankar et al., 2015), la qualité de la vie (p.ex., Munford et al., 2020), la santé mentale (p.ex., dépression, Santini et al., 2020), la santé perçue (p.ex., Thoits & Hewitt, 2001), la santé physique (p.ex., Holt-Lunstad, 2018 ; Ohrnberger et al., 2017), et plus rarement d'indices objectifs de la santé (p.ex., nombre de contacts avec le médecin généraliste, Kimberlee, 2013 ; ou la médication, Loftus et al., 2017). Un tel élargissement permettrait non seulement de reconnaître explicitement la santé comme finalité principale du modèle, mais aussi de l'aborder de manière cohérente dans toutes ses dimensions — subjective et objective, mentale et physique — contribuant ainsi à réduire la confusion conceptuelle actuelle.

Troisièmement, de nouvelles variables émergentes mériteraient d'intégrer le modèle. Un modèle théorique se doit d'être parcimonieux pour être fonctionnel. Il n'est dès lors pas question d'intégrer les 600 mécanismes identifiés par Fancourt et al.

(2021) dans la version actualisée du modèle de Berkman et al. (2000). Néanmoins, nous pointons trois variables qui ont suscité un fort intérêt ces dernières années : identité sociale, sens de la vie et sentiment de solitude. L'identité sociale est largement défendue par une littérature abondante issue du courant Social cure (p.ex., Haslam et al., 2018 ; Jetten et al., 2012 ; Wakefield et al., 2019). Ces chercheurs mettent en évidence que ce n'est que dans la mesure où l'individu s'identifie au groupe auquel il s'affilie qu'il peut prétendre à tirer bénéfice de son intégration sociale. En tant que processus psychologique, l'identité sociale activée par l'individu trouve sa place tout naturellement dans la voie psychologique. C'est le cas également de la variable sens de la vie qui attire l'attention des chercheurs en psychologie sociale depuis une bonne quinzaine d'années. Ainsi, en amont, une relation bidirectionnelle suggère que participer à la vie sociale donne du sens à la vie et inversement (Stavrova & Luhmann, 2016). En aval, une relation causale indique que le fait de percevoir un sens dans sa vie contribue au bien-être (King et al., 2006). Dans leur revue systématique, Roepke et al. (2014) concluaient que des niveaux élevés de sens de la vie sont clairement associés à une meilleure santé physique. Une fois de plus le rôle médiateur du sens de la vie justifie son positionnement dans la voie psychologique.

Enfin, la troisième variable qui fait cruellement défaut dans le modèle original est le sentiment de solitude. Les concepts de solitude et d'isolement social ne doivent pas être confondus (Dickens et al., 2011). L'isolement social correspond au manque objectif de support social fonctionnel et structurel qui peut être volontaire ou non (Broadhead et al., 1989) et qui s'explique par un manque d'intégration sociale (Victor et al., 2000). Pour sa part, la solitude consiste en un sentiment subjectif qui résulte de la perception de l'absence ou de la perte de compagnonnage indépendamment du fait d'être intégré dans un groupe social ou non (Grenade & Boldy, 2008 ; Routasalo et al., 2009 ; Wenger & Burholt, 2004). L'impact délétère de la solitude sur la santé est pour sa part très bien documenté aussi (p.ex., Holt-Lunstad, 2017). Le sentiment de solitude s'inscrit également comme un médiateur psychologique entre l'intégration sociale et la santé.

Par ailleurs, il convient de noter que les auteurs ont employé le terme générique de détresse, susceptible de renvoyer aussi bien au sentiment de solitude qu'à des troubles anxio-dépressifs. Cette ambiguïté conceptuelle peut être levée, d'une part en remplaçant le terme 'détresse' par celui de 'sentiment de solitude' comme processus médiateur et d'autre part en déplaçant les troubles anxio-dépressifs dans la dimension mentale du niveau santé.

Quatrièmement, bien que les effets des trois voies médiatrices — comportementale, psychologique et physiologique — aient été étudiés de manière isolée, aucune recherche n'a, à ce jour, examiné l'ensemble du processus de médiation entre l'intégration sociale et la santé dans un protocole unifié. Or, il est peu probable que ces voies aient un impact équivalent sur la santé. Il devient donc nécessaire de dépasser la

seule conceptualisation théorique pour engager une validation empirique conjointe de ces mécanismes. Une telle analyse serait pourtant précieuse pour affiner les interventions cliniques, notamment celles ciblant les effets délétères de la solitude sur la santé mentale et physique. Depuis une bonne dizaine d'années, un foisonnement d'initiatives cherchent à répondre socialement, plutôt que médicalement, à l'augmentation alarmante des plaintes de solitude rapportées dans les consultations des médecins généralistes (p.ex., Kimberlee, 2013). Rassemblés sous le terme 'Prescription sociale', ces programmes fournissent une large palette de propositions tout aussi variées les unes que les autres (Drinkwater et al., 2019). Les patients esseulés ont l'embarras du choix entre intégrer un groupe social pour une activité de loisir ou encore s'engager dans une activité comme volontaire. Si les intentions de la prescription sociale sont louables, les études peinent à montrer leurs effets positifs de manière cohérente. Ce constat mitigé est décourageant mais s'explique notamment par le manque de données probantes pour soutenir la création de tels programmes (p.ex., Husk et al., 2019, 2020). Ainsi, la communauté scientifique réclame un cadre théorique solide qui identifierait les clés du succès de telles interventions (p.ex., Haslam et al., 2024 ; Stevenson et al., 2019). La mise à l'épreuve conjointe des voies médiatrices et des indicateurs de santé au niveau individuel renforcerait la portée explicative du modèle actualisé de Berkman, en fournissant un cadre théorique robuste pour orienter les programmes de prescription sociale.

L'emploi du terme Participation sociale

Lorsqu'il s'agit de discuter de l'impact des relations sociales sur la santé, il est courant que les chercheurs utilisent plusieurs termes de manière interchangeable. Parmi ces termes, se trouvent intégration sociale, réseaux sociaux, liens sociaux ou encore participation sociale, qui se réfèrent souvent à un même construit. Cependant, cette diversité terminologique peut prêter à confusion et rendre difficile la comparaison des études et la compréhension des phénomènes sous-jacents. Ce manque de clarté dans la conceptualisation et la labellisation avait déjà été constaté par Berkman et al. (2000). Pour leur part, ces auteurs ont opté pour le terme 'intégration sociale' qu'ils définissaient comme une implication comprenant des liens sociaux allant du plus intime à tout le monde (p. 845), soulignant par là toute l'étendue de la gamme de relations sociales. Par ailleurs, ils définissaient la participation sociale comme la réalisation de liens potentiels dans les activités de la vie réelle. À titre d'exemples, ces auteurs citaient se retrouver entre amis, participer à des loisirs collectifs, occuper des fonctions sociales. Dès lors, endosser des rôles sociaux fournit une identité cohérente et stable et donne du sens à la vie (p. 849). Ces auteurs insistaient également sur le fait que cet apport à l'individu n'est possible que dans un contexte communautaire qui fournit le théâtre dans lequel le rôle social peut prendre place. Cette définition de la participation sociale, contrairement à celle de l'intégration sociale mentionnée

précédemment, met l'accent sur la dimension formelle, en tenant compte des niveaux sociétaux qui sont au cœur de la thèse de Durkheim. Dans cette perspective, certaines sphères ne sont pas prises en compte. Sans nier leur importance, les sphères familiale et amicale relèvent du domaine privé et ne s'inscrivent pas pleinement dans la vie collective. Pour sa part, la sphère professionnelle ne concerne pas l'ensemble de la population, notamment les enfants, certaines personnes malades et/ou en situation de handicap ou encore les retraitées.

Dans le but de clarifier le débat, Levasseur et al. (2010) ont mené une scoping review afin de recenser les différentes définitions des concepts associés aux relations sociales. Dans ce recensement, pas moins de 43 définitions différentes ont été retenues dont celle proposée par Berkman et al. (2000). Jusqu'à huit dénominations différentes étaient utilisées pour désigner le construit. Recensé à 22 reprises dans la sélection, le terme 'participation sociale' a finalement été retenue par les auteurs. Ce travail de conceptualisation définissait la participation sociale comme l'implication d'une personne dans des activités qui favorisent les interactions avec d'autres membres de la société ou de la communauté (Levasseur et al., 2010, p 8). Dans la mise à jour de leur scoping review, Levasseur et al. (2022) ont également insisté sur l'importance de la vie communautaire et des espaces partagés (p. 9), soulignant que ces éléments jouent un rôle fondamental dans la structuration et le maintien des liens sociaux. À ce jour, cette définition de la participation sociale telle que proposée par Levasseur et al. (2010, 2022) fait consensus avec plus de 1 200 citations en 15 ans. Ainsi, pour s'aligner sur les avancées conceptuelles récentes, le terme d'intégration sociale laissera place à celui de participation sociale, jugé plus adéquat. Concrètement, le modèle de Berkman et al. (2000) mis à jour dans cette thèse s'intitulera *Modèle conceptuel liant la participation sociale à la santé*.

La présente thèse

En explorant les processus impliqués dans les trois voies médiatrices impactant directement la santé, l'objectif de cette thèse est de fournir des éclairages nouveaux sur la manière dont la participation sociale peut être utilisée comme levier en vue de limiter les effets néfastes de la solitude et ainsi d'améliorer la santé. Pour ce faire, nous avons développé, en collaboration avec la Mutualité Chrétienne, une enquête d'ampleur nationale. Il était clairement annoncé aux participants que l'étude examinerait le lien entre la participation sociale, les relations sociales, la santé et la consommation en soin de santé. Pour répondre à la question de recherche, les questionnaires intégrés à l'enquête mesuraient :

- a) les informations personnelles : âge, genre, lieu de résidence, composition de ménage, niveau d'éducation et niveau socio-économique ;

- b) les modalités pratiques de la participation sociale : ampleur, rôle social, fréquence, volume horaire, durée ;
- c) les antécédents et conséquences de l'engagement social : les motivations, la satisfaction et l'effervescence collective ;
- d) la qualité des liens dans les différentes sphères sociales : famille, amis, voisins, collègues, autres membres du groupe social ;
- e) la voie comportementale : contrôle de l'alimentation, pratique d'exercice physique régulière, comportements à risque comme le tabagisme et la consommation d'alcool ;
- f) la voie psychologique : identité sociale, estime de soi, support social perçu, sens de la vie ;
- g) la voie physiologique : indice de masse corporelle ;
- h) la santé : sentiment de bien-être, santé perçue, la consommation en soin de santé comprenant le nombre de contact avec le médecin généraliste et la consommation de médicament pour l'année 2018 ;
- i) les habilités sociales : individualisme, collectivisme, empathie, prise de perspective ;
- j) l'engagement en tant qu'aidant proche.

La diffusion de l'enquête a eu lieu entre octobre 2017 et février 2018 auprès des affiliés de la Mutualité Chrétienne et des volontaires travaillant pour des associations annexes à cet organisme assureur. Les participants étaient invités en fin du questionnaire à donner librement leur accord quant à l'accès à leurs données en soin de santé. Dans le but de garantir *a minima* une interprétation causale de la relation, les données en soin de santé utilisées dans l'étude se rapportaient à la consommation durant l'année qui a suivi l'enquête, c'est-à-dire 2018. Il est à noter que dans le système de soin de santé belge, les bénéficiaires peuvent introduire leurs demandes de remboursement jusqu'à deux ans (2019 et 2020) après la prestation de soin. C'est pourquoi ces données de santé n'ont été rendues disponibles par la Mutualité Chrétienne que dans le courant de l'année 2021. L'échantillon complet contient les réponses de 16 981 participants majeurs issus des communautés francophone et flamande du pays et parmi lesquels 4 988 ont autorisé l'accès à leurs données en soin de santé. Les investigations de cette thèse se sont organisées en trois axes : (1) opérationnalisation du construit, (2) modélisation de la relation entre participation sociale et santé et (3) implications motivationnelles de la participation sociale.

Le chapitre 2 de cette thèse s'est intéressé à l'opérationnalisation de la variable Participation sociale poursuivant ainsi les travaux de conceptualisation de Levasseur et al. (2010 ; 2022). Cette étape, systématique et préalable à l'élaboration d'une enquête, a donné lieu à une scoping review en vue d'identifier une mesure existante et satisfaisante de la participation sociale. Un examen approfondi de trois bases de

données (PsychTest, PsychInfo, Sociological abstracts), n'a pas pu fournir de mesure de la participation sociale formelle répondant à nos besoins. Pour pallier ce manque, une nouvelle mesure a été élaborée, le *Social Participation Index* (SPI), comprenant un indice basé sur six items au format Likert. Afin de concevoir le protocole d'utilisation du SPI, des analyses multivariées par profilage ont été menées sur deux sous-échantillons de participants ayant répondu à l'enquête ($N_1 = 4\,160$; $N_2 = 3\,956$). Ces analyses ont mené à l'identification de profils de participation sociale cohérents et similaires d'un sous-échantillon à l'autre. Fort de la robustesse de ces résultats, le SPI a été utilisé pour l'étude de la modélisation de la relation entre participation sociale et santé.

Le chapitre 3 de cette thèse rapporte notre entreprise de vérification du modèle de Berkman et al. (2000) mis à jour. Les modifications apportées au modèle initial répondaient aux limites identifiées précédemment : (a) découplage de la variable support social en support social *fourni* au niveau microsocial et support social *perçu* dans la voie psychologique ; (b) ajout de trois variables qui ont émergés dans la littérature depuis la création du modèle original (c.-à-d., identité sociale, sens de la vie et sentiment de solitude) placées dans la voie psychologique ; (c) ajout d'un dernier niveau comprenant la santé au sens large pour y déplacer, telles des variables dépendantes finales, le bien-être en plus de la santé perçue et la santé physique. Lors d'analyses préliminaires, l'importance et la place de chacune des variables ont été testées à l'aide d'ANOVAs, de régressions et de médiations. Ensuite, le modèle obtenu a été comparé avec trois autres versions simplifiées en recourant à la modélisation par équations structurelles (SEM). L'ensemble de ces analyses ont abouti à l'identification de la version actualisée du modèle liant la participation sociale et la santé.

Le chapitre 4 de cette thèse examine le rôle que les motivations à faire du volontariat peuvent avoir dans la relation entre participation sociale et santé. D'un point de vue psychothérapeutique, le travail de resocialisation devrait se faire de manière constructive et non coercitive. La littérature indique que lorsque le volontariat est une activité obligatoire les participants rapportent une moindre envie de poursuivre leur engagement social par la suite (Stukas et al., 1999). Ainsi, une place importante devrait être accordée au travail motivationnel dans les programmes de prescription sociale (p.ex., Finkelstein et al., 2005). Selon l'approche fonctionnelle de Clary et al. (1998), le volontaire peut être motivé pour plusieurs raisons et ce, dans des proportions différentes. Notre étude a commencé par une analyse factorielle qui a permis d'identifier trois dimensions de motivation à faire du volontariat : socialisation, accomplissement personnel et autoprotection. Des régressions ont été menées pour déterminer le lien entre les processus impliqués dans la relation entre participation sociale et santé et les trois dimensions de motivation. Enfin, en utilisant des analyses multivariées par profilage, cinq profils de motivation à faire du volontariat ont été

identifiés dans un échantillon de volontaires ayant répondu à l'enquête ($N = 1\,361$) puis comparés entre eux. Les résultats de cette étude ont apporté des pistes concrètes pour soutenir le travail motivationnel lors de la prescription sociale. Ainsi, les connaissances acquises dans la modélisation de la relation entre la participation sociale et la santé serviront à améliorer sensiblement l'efficacité de tels programmes cliniques.

La thèse s'articule en trois chapitres distincts, chacun présenté sous la forme d'un article scientifique. L'article portant sur le *Social Participation Index* a été publié dans la *Revue Internationale de Psychologie Sociale* (RIPS – IRSP). Il a déjà fait l'objet d'une première citation. Pour leur part, les études portant respectivement sur la modélisation de la relation entre participation sociale et santé, ainsi que sur les motivations des volontaires en lien avec la santé, ont donné lieu à plusieurs communications orales dans le cadre de colloques scientifiques internationaux.

Chapitre 2

Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation

Given the current interest in social participation, this article focuses on existing measures that (1) include the four dimensions of formal social participation – breadth, intensity, duration, and engagement – identified by Bohnert et al. (2010) and (2) can be used in large-scale surveys. In Study 1, a scoping review conducted on three databases (PsychTests, PsychInfo, Sociological abstracts) identified 99 articles that included at least one measure of formal social participation. No measure met our two requirements. We therefore decided to design a new measure, which included an index based on 6 items to assess the four dimensions of the construct. Using clustering techniques, Study 2 identified social participation profiles based on the responses of 4,160 participants. Five clusters of social participation emerged: (0) absence, (1) passive, (2) low active, (3) medium active and (4) high active. Study 3 replicated these findings with a new sample (n = 3,956), thereby supporting the quality and replicability of the social participation measure by clustering. Coded as an ordinal categorical variable, the score lends itself to statistical analyses commonly performed on large-scale survey data. In this way, the Social Participation Index could meet the need for a standard tool that can be used in a multidisciplinary way.

Keywords: clusters, measurement, scoping review, social participation, large-scale survey

Référence

Morton, J. S., Rimé, B., Herman, G., Bourguignon, D., & Luminet, O. (2024). Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation: From Scoping Review to Clustering Measurement. *International Review of Social Psychology*, 37(1).

Participation sociale et santé

Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation:

From Scoping Review to Clustering Measurement

Social participation refers to people's involvement in activities providing interactions with others in society or the community, content experts (Levasseur et al. 2010). Since the 1990s, social participation has been a fundamental concept, both in terms of scientific understanding and practical interventions. Émile Durkheim was among the first to recognize its importance in his research on suicide (1897) and religious rituals (1912). Since then, sociologists have explored social participation in various contexts, such as political action (e.g., social capital, Putnam, 1993) and social cohesion (e.g., Berkman et al., 2000). The fields of medicine and clinical practice have also shed light on the central role of participation in promoting health, benefiting both patients (e.g., Brady et al., 2011; Plug et al., 2008; Tobin et al., 2014) and older individuals (e.g., Ma et al., 2020; Townsend et al., 2021). In the realm of health and social psychology, efforts have been made to model the relationship between social participation and well-being, aiming to identify potential mediators and moderators (e.g., social support, Cohen, 1988; social identity, Jetten et al., 2012) and propose evidence-based interventions (e.g., Groups4Health, Haslam et al., 2019; social prescribing, Kellezi et al., 2021).

To expand research on social participation and gain a better understanding of how this intervention works (e.g., Costa et al., 2021) and for whom (e.g., Husk et al., 2020), it is crucial for researchers to establish a consensus on the concept. After conducting a scoping review, Levasseur et al. (2010) observed that numerous researchers had their own individual definitions of social participation, leading to confusion regarding its meaning. These varying approaches further complicated the matter. To promote standardisation in conceptualisation, the authors proposed an initial definition of social participation based on their content analysis. In their updated scoping review, Levasseur et al. (2022, p 9) noted that the literature gradually was aligned with their suggested definition and that the focus was now more on the formal aspect of social participation, emphasising the importance of community life and shared spaces. In contrast, it does not capture informal social participation, which entails interactions with relatives, friends, and work colleagues in informal settings (e.g., Guillen et al., 2011; Lindström & Malmö Shoulder-Neck Study Group, 2006; Min et al., 2012).

While Levasseur et al. (2022) do emphasize the need to establish a consistent measurement of social participation aligned with the adopted definition, to the best of our knowledge, such a scale does not currently exist. This lack of a standardized scale hinders the ability to compare research findings in this area. This question is the focus

of the present article. This is even more important as social participation is increasingly becoming a variable of interest in large-scale research. In line with the conceptual work of Levasseur et al. (2022), we conducted three studies. Study 1 entails a scoping review to assess the current practices for measuring social participation. Following a thorough content analysis, no measures were identified, either due to their normative usage or their failure to meet both quality and implementation criteria for large-scale studies (i.e., quantitative items applicable to large databases). Study 2 involves the development and validation of a measurement instrument specifically aligned with the concept of social participation, focusing on its formal dimension. Study 3 replicates the psychometric properties of the social participation index proposed in Study 2.

Study 1 - Scoping review

Bohnert et al. (2010) have pointed out that the complexity of measuring social participation has often been overlooked. A common practice is to compare participants in one or more social activities with non-participants, thus treating social participation as a dichotomous 'all or nothing' variable. In this way, respondents in the 'participants' group are assumed to have identical levels of participation. Significant differences in the intensity, duration and nature of their involvement are thus ignored. Building on previous studies (Mahoney et al., 2014; Roth et al., 2010; Weiss et al., 2013), Bohnert et al. (2010) argue that an accurate assessment of individuals' participation in organised activities must consider the four dimensions of breadth, intensity, duration, and engagement. These authors define the breadth of participation (p. 580) as the number of different activity contexts in which individuals participate (i.e., sport, performing arts). Intensity of participation (p. 585) is defined as the frequency and time spent by an individual participating in a particular activity context. Duration (p. 590) is defined as the number of years an individual has participated in an organised activity. Finally, engagement (p. 593) is defined as a multidimensional concept encompassing different behaviours (e.g., attendance), emotions (e.g., enjoyment) and cognitions (e.g., acquisition of new skills). This four-dimensional conceptualisation of activities organised for young people, proposed by Bohnert et al. (2010), applies to any form of membership once social participation is limited to its formal dimension.

The scoping review addressed the following research question: Is there a measure of social participation in the current literature that encompasses all four of Bohnert et al.'s (2010) dimensions and can it be used in large-scale surveys?

Method

A review of three databases, PsychTests, PsychInfo, and Sociological Abstracts, was conducted to cover two major fields in the study of social participation: psychology and sociology. To be included in the review, an article had to contain a measure of formal

social participation. The search equation was limited to the term 'social participation' as a unique keyword in the title or abstract of the article. The inclusion of synonyms (e.g., social activity, volunteerism) was avoided to minimise noise in the search results. The review period was set from 1 January 2009 to 31 October 2021. This starting point was chosen to ensure that the work followed the scoping review of definitions undertaken by Levasseur et al. (2010). Articles that were not written in English or French were excluded.

Procedure. The article selection process was composed of three steps. First, all titles were reviewed to ensure that they included the term 'social participation'. Any synonyms or broader concepts that included social participation (e.g. social capital) were retained so as not to exclude a relevant measure unnecessarily. Next, the abstract of each selected article was examined to determine whether the reported study included a measure of social participation. The inclusion criterion required a quantitative tool measuring any type of formal social participation (e.g., membership, extracurricular activities). Third, any measures of social participation were extracted from each article and analysed for content. To be included, social participation measures had to meet two criteria: (1) a consistent operationalisation with the definition of formal social participation as membership in a structured social group, and (2) easily applicable item formats for large-scale surveys. If either criterion was not met, the measure was removed from our selection. As for coding, for each stage we worked in three rounds: (1) full analysis by the first author; (2) discussion to refine the inclusion and exclusion criteria with the research team; (3) coding by the first author with random checking by another member of the team.

Results

Of the 921 items retrieved from the databases, 10 were duplicates. Of the remaining 911 items, 491 were excluded because their titles did not contain the concept of social participation or its equivalent, or because their titles referred to restricted social participation (e.g., physical disability) instead of social participation in its broadest sense. Of the remaining 420 articles, 190 were excluded because they did not mention any measures of social participation in their abstract. Of the remaining 230 articles, 25 could not be accessed and 106 were excluded because they did not use a formal measure of social participation. The final selection consisted of 99 articles reporting on the use of the searched measure (see Table 1 at the end of the chapter). They are grouped according to the source of the social participation measure used in the reported study. Five categories of sources were distinguished: (a) scales from previous studies ($n = 17$ different measures / 30 articles), (b) items from large-scale surveys ($n = 29/30$), (c) items from a previous study ($n = 8/8$), (d) scales created by the authors of

the article themselves ($n = 12$), and (e) authors created one or more items without giving them a specific name ($n = 19$).

This brings the total number of different social participation measurement tools to 85. For each of them, Table 1 (see appendix at the end of the chapter) indicates whether or not the measure includes each of the four dimensions mentioned by Bohnert et al. (2010). Thus, the dimensions were coded 1 if the item measures quantity for the breadth dimension, frequency for the intensity dimension, more than 12 months for duration, and active participation for engagement.

The objective of this scoping review was to identify a measure of social participation which encompassed all four of Bohnert et al.'s (2010) dimensions. The review revealed that, among the 85 instruments analysed, 54 (63.5 %) included a measure of breadth, 47 (55.3 %) of intensity, 4 (4.7 %) of duration and 6 (7.1 %) of engagement. Of the 85 instruments reviewed, 15 (17.6 %) did not include any of the Bohnert et al. dimensions, 31 (36.4 %) assessed only one, 37 (43.5 %) assessed two and 2 (2.4 %) assessed three. None addressed all four dimensions. The literature we reviewed did not reveal the instrument we had been looking for.

Discussion

This scoping review found that none of the measures identified considered together the four dimensions of social participation identified by Bohnert et al. (2010) as essential. Furthermore, the review revealed the surprising abundance and diversity of measures adopted by different studies. We therefore concluded that there is a need to develop a measure of social participation that considers all four dimensions.

Study 2 – Social participation measurement

The aim of this second study has been to develop and test an instrument to measure social participation that meets the following three requirements: (a) include the four dimensions of social participation proposed by Bohnert et al. (2010); (b) be composed of a limited number of quantitative items to avoid unnecessarily lengthy surveys and facilitate data processing; and (c) provide a score that can be used for conventional statistical analyses (e.g., comparison, regression, modelling). These quality and feasibility criteria are in line with the needs of researchers who want to include a measure of social participation in a large-scale survey.

To fulfil these various requirements, we opted for a clustering measure of social participation. This multivariate analysis technique involves an unsupervised exploratory approach. It synthesises a set of items by identifying a limited number of natural groups within the sample without any transformation of the initial data. According to James et al. (2013), clustering can be a very useful and valid statistical tool

if applied correctly. Indeed, these authors highlight the significant impact that small decisions (e.g., choice of clustering method, use of standardised scores) can have on the results. For this reason, these authors recommend carrying out several clustering solutions, varying the choices and examining all the results to identify the trends that emerge in a consistent way. Consequently, our clustering analyses were carried out using IBM SPSS Statistics (Version 28), which offers three different clustering methods: hierarchical cluster analysis, K-means and TwoStep analyses. This combination of hierarchical and non-hierarchical procedures is recommended by Hair et al. (2010). They were applied in cascade to produce consistent and easily interpretable profile results. The procedure has been detailed in the results section to make it easier for interested researchers to use this new measure.

Operationalising the four dimensions of social participation

Our operationalisation of social participation considers both Bohnert et al.'s (2010) recommendations and the limitations noted in the prior scoping review.

To assess *breadth*, Bohnert et al. (2010) suggested including the total number of different activity contexts in which activities are carried out, as well as activity dispersion (i.e., the extent to which participation is concentrated in one or multiple domains). To measure the breadth dimension, the use of predefined lists of social activities (e.g., swimming, dancing, playing cards) was suggested by Bohnert et al. (2010). From a practical point of view, however, the creation of such a list is often too specific to be directed to a sample of the general population (regardless of age, culture, illness, ...). To overcome this issue, Guillen et al. (2011) have used universal themes on which social groups develop (e.g., sport, culture, trade union, religion, environment, humanitarian) to reach a relatively broad audience. In other words, the sum of the themes ticked in the list would correspond to the number of activities carried out in different social groups (i.e., activity dispersion).

For *social engagement*, Bohnert et al. (2010) proposed a qualitative format intended to assess the degree of engagement in social participation or to use an experience sampling method. Unfortunately, these two proposals cannot be applied in large-scale surveys. Guillen et al. (2011) have proposed an alternative appropriate for large surveys. It consists of asking the respondent about their social role (i.e., none, member, participation, and volunteer) for each of the 12 social activity themes listed. However, such a cross-tabulated format (breadth and engagement) is not desirable for researchers interested in analysing the dimensions separately. In order to counter this problem, we asked respondents to reply to two distinct items: by selecting (a) all the themes in the list for which they are invested in a social group (breadth item) and (b) all the social roles assumed independently of the different social groups with which they are associated (engagement item). Another limitation of the Guillen et al. proposal

lies in the ambiguity of the participation labels (such as 'active participation') and their position in the list. A member who actively participates in the organisation of a social group is more active than a member who occasionally provides some help as a volunteer. For this reason, two other changes have been made to the initial proposal by Guillen et al. (2011): (a) the 'organiser' label is clearer than participation and has been preferred in our measure, and (b) by switching the ordering of social roles from *organiser then volunteer* to *volunteer then organiser*, the degree of social engagement is better reflected.

Intensity refers to (a) the frequency with which the individual participates in social groups and (b) the time dedicated to social participation. Bohnert et al. (2010) advise against using the number of activities as an indicator of intensity. According to these authors, this type of item does not accurately capture intensity because the time allocated to social participation varies greatly from one type of activity to another (e.g., weekly sports training vs. one-off help at the annual neighbours' party). The authors prefer to ask an open-ended question to assess intensity, but this type of question is not applicable to a large-scale survey. From a practical point of view, the Likert scale format seems most appropriate as the response choices can take the different temporalities for both frequency (e.g., daily, several times a week, monthly, yearly) and the hourly volume of social participation (e.g., time engaged in each activity per week, Biddle et al., 2019) into account. However, asking participants to make such a calculation is risky. The calculation can be complicated depending on the period investigated (e.g., per year) and the reality of daily life (e.g., two to three meetings with the social group of one and a half hours per week). The more complicated this calculation is for respondents (e.g., three to four hours/week * 52 weeks), the higher the probability of drop-out or error. To overcome this difficulty, a monthly hourly volume item offers a temporality that is easy to calculate for frequent activities (e.g., three to four hours/week = 12 to 16 hours/month) as well as for occasional activities (e.g., less than once a month).

To evaluate *duration*, Bohnert et al. (2010) have proposed that researchers calculate the number of years spent doing the activity or opt for a longitudinal design. In both cases, the Likert scale format is once again appropriate. Likert labels proposing ranges of periods (e.g., less than six months, three to five years, more than 10 years) make it easy to define whether the duration is short, medium, or long term.

Overview of study 2

In accordance with the James et al.'s (2013) recommendations, the quality of the identified clusters was assessed in the following way: (a) by comparing the clusterings to check for a certain consistency between the tested solutions, and (b) by first testing clusterings with averaged scores and then standardised scores. For both types of scores, the clusters were systematically interpreted using the social roles variable (i.e.,

no participation, member, volunteer, and/or organiser) to ensure that the clusters reflected the degree of social participation.

It was required that the expected social participation score be an ordinal categorical variable (a) composed of a limited number of clusters to facilitate comparison analyses and (b) whose interpretation reflected the degree of social participation (from not at all to very high) so it could be used in a Boolean format in regression and modelling analyses.

Finally given that we obtained the expected results, we thought it would be worthwhile re-testing this measure with a second sample. To do this, the initial sample ($N = 8,116$ respondents) was randomly divided into two sub-samples (e.g., Heller et al., 2009). This procedure made it possible to obtain two comparable samples on which to replicate the same analyses and allowed us to conclude that the method used was robust.

Method

Procedure. Our data comes from a survey conducted in collaboration with the Mutualité Chrétienne. It is the Belgium's largest social security and health insurance fund. It offers its 4.6 million members benefits and services based on solidarity and fights for quality care accessible to all. They agreed to include items measuring social participation in their survey on the benefits of volunteering for health and well-being. For the present study, only these items from the survey were used. The questionnaire was distributed online to all affiliates on their mailing list. Their legal department ensured that the ethical aspects were respected.

Participants. The first sub-sample consisted of 4,160 respondents with a mean age of 59.23 years ($SD = 15,390$; $min = 19$; $max = 92$), 55.6% of whom were women.

Measures. The social participation index was composed in six items measuring social participation (see supplementary material available at https://osf.io/vumdw/?view_only=ffdac17d1e7e470aa78d699ee9b27cc6).

Membership. First, respondents reported whether they were involved or not in a club, organisation, or association (item #1). Second, depending on the previous response, respondents were redirected differently. Those who replied that they were not members of formal social participation organisations ($N = 1,359$) were directed to the next section of the survey and received a coded response of 0 for the items measuring social participation. Those who mentioned being involved in social groups were asked five questions intended to delve deeper into their social participation.

Breadth of social participation. We used a list (item #2) of 17 types of social groups: sport, culture, youth, training & education, health & well-being, disability,

elderly, women, social & political, religion & philosophy, poverty, folklore, humanitarian, environment, leisure & holidays, neighbourhood, and others. Examples of social groups were provided for each theme (e.g., health & well-being: Red Cross, home or hospital volunteering, tele-hosting). Multiple responses were permitted. The score for the breadth variable corresponded to the sum of the different social groups in which respondents were involved.

Social engagement. This item (#3) posed the following question: ‘What does your participation in the club, organisation, or association listed in the previous question involve?’ Participants could select one or more of the following: (#3a) I am a member, I participate in activities; (#3b) I volunteer, I carry out some activities on a voluntary basis; and (#3c) I am part of the management/administration, I organise activities.

Intensity of social participation. The intensity of social participation was measured according to (a) the frequency with which respondents attended their social groups and (b) the time spent on these social activities. On the one hand, frequency was assessed with the following item (#4): ‘For each of the three social roles, how often do you participate in activities organised by the clubs, organisations or associations to which you belong?’ Six-point response scales were used for each social role (#4a; #4b; #4c): 1 = several times a week; 2 = once a week; 3 = several times a month; 4 = once a month; 5 = several times a year; 6 = once a year; and, for respondents with no social participation, 0 = never. Hourly volume was assessed by the following item (#5): ‘For each of the three social roles, how many hours per month do you participate in activities organised by the clubs, organisations or associations to which you belong?’ Respondents rated each social role (#5a; #5b; #5c) on an 8-point scale anchored with 1 = less than one hour ; 2 = 1–5 hours ; 3 = 6–10 hours ; 4 = 11–20 hours ; 5 = 21–30 hours ; 6 = 31–45 hours ; 7 = 46–60 hours ; 8 = more than 61 hours per month ; and 0 = 0 hours.

Duration of social participation. This item (#6) asked ‘How long have you been involved in your club, organisation, or association?’ Unlike the previous items, this one was not broken down into the three social roles. Duration was rated on a 7-point scale anchored with 1 = less than 6 months, 2 = 6–12 months, 3 = 1–2 years, 4 = 3–5 years, 5 = 5–10 years, 6 = more than 10 years, and 0 = not currently.

The items measuring the four dimensions of social participation were introduced into the clustering analyses without any alterations. Afterwards, to facilitate the interpretation of the identified clusters, the three social engagement sub-items were combined to create the social roles variable.

Social Roles. In the social engagement question, respondents could report taking on several roles in their social groups. Responses were recoded into ‘no social engagement’ (No = 0), ‘member’ (M=1), ‘volunteer’ (V=2) and/or ‘organiser’ (O=4).

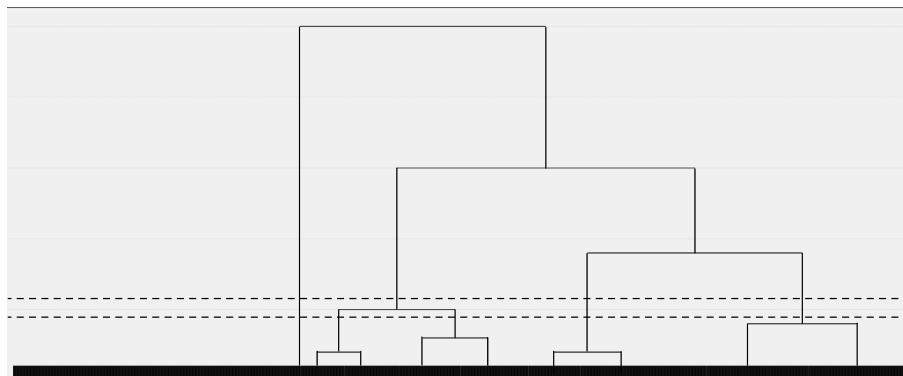
Assigning a score of 4 to the organisers allowed us to create a new categorical variable by adding the responses to the three sub-items of social engagement. The MVO variable breaks the degree of social engagement down into eight categories: 0 = no social engagement, 1 = member, 2 = volunteer, 3 = member & volunteer, 4= organiser, 5 = member & organiser, 6 = volunteer & organiser, and 7 = member & volunteer & organiser.

Results

With this first sub-sample, we aimed to observe natural groups of social participation that could be easily interpreted and for which the score would be an ordinal categorical variable. To achieve this, multivariate clustering analyses were first carried out with mean scores and then standardised scores.

Clustering using mean scores

Data consistency. In line with the Hair et al.'s (2010) recommendations, the dendrogram from the hierarchical cluster analysis provides an initial visual exploration of the data to determine the number of clusters to fix in the non-hierarchical analyses. For this first sub-sample, the dendrogram proposed two solutions of 4 or 5 clusters (see Figure 1). These solutions were tested with the non-hierarchical K-Means and TwoStep methods provided by SPSS.



Note. Dashed lines refer to the spots used to select the number of clusters to be tested. The length of the horizontal lines indicates the distance between the elements. The longer the line, the more heterogeneous the cluster.

Figure 1. Hierarchical cluster analysis dendrogram with the first sub-sample

To assess the consistency of the results, the four new solutions had to (1) group respondents with equivalent social roles together and (2) propose similar clusterings from one solution to the other. Table 2 presents the clusterings of the four solutions tested (i.e., 4 and 5 clusters; K-means/TwoStep method) with the mean scores.

Table 2. Description of the profiles provided by the four solutions (4 and 5 clusters * K-means and TwoStep) tested using mean scores from the first sub-sample

	Ordinal coding Interpretation	Fixed at 4 clusters				Fixed at 5 clusters				
		0 no	1 passive	2 low	3 high	0 no	1 passive	2 low	3 medium	4 high
K-means	Breadth	0	2	2	2	0	2	2	2	2
	Engagement M	0	1	0	1	0	1	0	0	1
	Engagement V	0	0	2	1	0	0	2	0	2
	Engagement O	0	0	0	4	0	0	0	4	4
	Intensity Fre M	0	5	1	2	0	5	1	2	3
	Intensity Fre V	0	0	4	2	0	0	4	0	4
	Intensity Fre O	0	0	0	4	0	0	0	4	4
	Intensity Vol M	0	3	1	1	0	3	1	1	2
	Intensity Vol V	0	0	3	1	0	0	3	0	3
	Intensity Vol O	0	0	0	3	0	0	0	3	3
	Duration	0	5	5	5	0	5	5	5	5
TwoStep	N	1335	1027	782	1016	1330	1012	772	619	427
	Breadth	0.03	1.81	2.00	2.14	0.03	1.81	2.00	2.07	2.21
	Engagement M	0.00	0.98	0.48	0.52	0.00	0.98	0.48	0.48	0.58
	Engagement V	0.00	0.02	2.00	0.87	0.00	0.02	2.00	0.00	2.00
	Engagement O	0.00	0.04	0.03	4.00	0.00	0.02	0.00	4.00	4.00
	Intensity Fre M	0.00	4.43	2.03	2.21	0.00	4.43	2.04	2.06	2.43
	Intensity Fre V	0.00	0.00	3.87	1.71	0.00	0.00	3.87	0.00	3.97
	Intensity Fre O	0.00	0.01	0.00	3.55	0.00	0.00	0.00	3.53	3.51
	Intensity Vol M	0.00	2.77	1.27	1.45	0.00	2.77	1.28	1.29	1.66
	Intensity Vol V	0.00	0.00	2.76	1.28	0.00	0.00	2.75	0.00	2.98
	Intensity Vol O	0.00	0.00	0.00	2.97	0.00	0.00	0.00	2.89	3.00
	Duration	0.08	4.73	4.76	5.37	0.08	4.72	4.75	5.37	5.37
	N	1317	839	943	1061	1317	862	936	606	466

Note. N = 4160. Fre = frequency; Vol = hourly volume per month; M = member; V = volunteer; O = organiser.

The four solutions tested resulted in similar clusters, suggesting a certain consistency in the data. We systematically found four clusters: a no social participation cluster; a cluster that we named passive social participation (i.e. as a member); and two clusters that fell under the category active social participation and which were classified as low (i.e. as a member and volunteer) or high (as a member, volunteer and organizer). The identification of a fifth cluster made it possible to divide the higher cluster in two and thus obtain an intermediate level of active social participation (i.e., as a member & organiser). A five-cluster solution provided a more sensitive categorical variable than a four-cluster solution, suitable for comparison, regression, and modelling analyses. For this reason, it was preferred to a four-cluster solution.

Cluster interpretation. Interpreting the profiles using the social roles variable made it possible to (a) assess the extent to which the clusters reflected the degree of social participation and (b) identify the most consistent solution between the K-means

and TwoStep methods. Table 3 presents the frequencies of social roles (MVO) for each cluster obtained with the two non-hierarchical methods.

Table 3. Frequencies of social roles for each cluster provided by K-means and TwoStep methods using mean scores from the first sub-sample

Social roles	No	M	V	M + V	O	M + O	V + O	M + V + O	Total
K-means	Cluster 1	1304	18	6	0	1	1	0	1330
	Cluster 2	25	790	0	175	0	21	0	1012
	Cluster 3	0	0	478	286	0	0	6	772
	Cluster 4	0	0	0	0	312	275	16	619
	Cluster 5	0	0	0	0	0	177	250	427
	Total	1329	808	484	461	313	297	199	269
TwoStep	Cluster 1	1314	2	0	0	1	0	0	1317
	Cluster 2	15	806	0	10	0	4	0	835
	Cluster 3	0	0	484	451	0	0	1	936
	Cluster 4	0	0	0	0	312	293	1	606
	Cluster 5	0	0	0	0	0	197	269	466
	Total	1329	808	484	461	313	297	199	269

Note. No = no social participation; M = member; V = volunteer; O = organiser.

The correspondence rates between the social roles variable (MVO) and the cluster distribution were 93.08% for the K-means solution and 99.18% for the TwoStep solution. Furthermore, a comparison between these two solutions showed that 93.89% of respondents were distributed in a similar way regardless of the method used (see Table 4).

Table 4. Cross-tabulation of the K-means and TwoStep solutions fixed at 5 clusters using mean scores from the first sub-sample

K-means	TwoStep					Total
	no	passive	low	medium	high	
no	1307	16	6	1	0	1330
passive	10	819	165	17	1	1012
low	0	0	765	0	7	772
medium	0	0	0	588	31	619
high	0	0	0	0	427	427
Total	1317	835	936	606	466	4160

Note. No = no social participation; passive = passive social participation; low = low active social participation; medium = medium active social participation; high = high active social participation.

Among the differences observed, 165 respondents were distributed in the *passive* cluster with the K-means method and in the *low* cluster with the TwoStep method, while 31 respondents were distributed in the *medium* and *high* clusters respectively. We decided to look more closely at what kind of social participation these respondents had.

Table 5 presents the descriptive of the variables measuring social participation for these 196 respondents distributed differently according to the clustering method used.

Table 5. Description of profiles of 165 and 31 respondents grouped differently according to the clustering method used

Dimensions	N = 165		N = 31	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Breadth	2.37	1.061	1.94	1.063
Engagement M	1.00	0.000	0.52	0.508
Engagement V	2.00	0.000	2.00	0.000
Engagement O	0.00	0.000	4.00	0.000
Intensity Fre M	4.87	1.132	1.65	1.942
Intensity Fre V	2.21	0.947	1.39	0.919
Intensity Fre O	0.00	0.000	2.61	1.283
Intensity Vol M	3.18	1.336	0.97	1.224
Intensity Vol V	1.99	0.866	1.16	0.934
Intensity Vol O	0.00	0.000	2.06	1.769
Duration	4.91	1.229	5.39	0.919

Note. Fre = frequency; Vol = hourly volume per month; M = member; V = volunteer; O = organiser.

An analysis of these profiles indicated that the 165 respondents were involved in some form of social participation corresponding to the social roles of *member & volunteer* and that the 31 respondents were involved in some form of social participation corresponding to the social roles of *member & volunteer & organiser*. These profile descriptions corresponded to the *low* and *high* active social participation clusters respectively. Thus, the solution obtained with the TwoStep method produced more homogeneous clusters than those obtained with the K-means method.

Although the two solutions resulted in very similar clusterings, a closer examination of the profiles indicated that a measure involving five clusters obtained from the mean scores with the TwoStep solution was a more accurate option.

Clustering using standardised scores

Researchers interested in inter-cluster comparisons may wish to carry out intra-sample comparison analyses. In this case, they will need to use standardised scores. As James et al. (2013) have pointed out, the format of the score can influence the clustering results. For this reason, the 5-cluster fixed solutions obtained with the K-means and TwoStep methods were reproduced using z-scores instead of mean scores.

Data consistency. It was expected that the two solutions (i.e., K-means and TwoStep) used (1) would group respondents with similar social roles together and (2) would propose clusters equivalent to those obtained with the mean scores. Table 6

presents the two clusterings set at 5 clusters obtained with the K-means and TwoStep methods from the standardised scores obtained with the first sub-sample.

Rather similar groups were identified in the two new solutions tested with the z-scores. There was systematically one *no* social participation cluster, one *passive* social participation (i.e., as a member) cluster and three *active* social participation (i.e., *low*: as a volunteer; *medium*: as an organiser; and *high*: as a member, volunteer, and organiser) clusters. The counts were relatively similar across the solutions (K-means vs. TwoStep) and consistent with those obtained from the mean scores.

Table 6. Description of the profiles provided by the two solutions (K-means and TwoStep) tested using z- scores from the first sub-sample

Ordinal coding		0	1	2	3	4
Interpretation		no	passive	low	medium	high
K-means	Breadth	-1.02	0.36	0.47	0.55	0.66
	Engagement M	-0.88	1.12	0.00	0.06	0.29
	Engagement V	-0.72	-0.53	1.39	-0.70	1.39
	Engagement O	-0.59	-0.55	-0.56	1.69	1.69
	Intensity Fre M	-0.81	1.11	-0.05	0.03	0.23
	Intensity Fre V	-0.64	-0.57	1.32	-0.64	1.30
	Intensity Fre O	-0.53	-0.52	-0.53	1.56	1.57
	Intensity Vol M	-0.75	1.02	-0.07	0.01	0.29
	Intensity Vol V	-0.60	-0.53	1.19	-0.60	1.28
	Intensity Vol O	-5.50	-0.48	-0.50	1.42	1.52
	Duration	-1.29	0.51	0.52	0.76	0.76
N		1331	903	878	597	451
TwoStep	Breadth	-1.04	0.33	0.49	0.54	0.65
	Engagement M	-0.89	1.09	0.08	0.09	0.27
	Engagement V	-0.72	-0.69	1.39	-0.71	1.39
	Engagement O	-0.59	-0.58	-0.59	1.69	1.69
	Intensity Fre M	-0.81	1.06	0.05	0.06	0.21
	Intensity Fre V	-0.64	-0.64	1.24	-0.64	1.29
	Intensity Fre O	-0.53	-0.53	-0.53	1.53	1.52
	Intensity Vol M	-0.75	0.96	0.04	0.04	0.27
	Intensity Vol V	-0.60	-0.60	1.12	-0.60	1.27
	Intensity Vol O	-0.50	-0.50	-0.50	1.40	1.47
	Duration	-1.31	0.51	0.52	0.76	0.76
N		1317	834	936	607	466

Note . N = 4160. Fre = frequency; Vol = hourly volume per month; M = member; V = volunteer; O = organiser.

Cluster interpretation. The correspondence rates between the social roles variable (MVO) and the cluster distribution were 97.14% for the K-means solution and 99.21% for the TwoStep solution (see Table 7).

Table 7. Frequencies of social roles for each cluster provided by K-means and TwoStep methods using z-scores from the first sub-sample

Social roles	No	M	V	M + V	O	M + O	V + O	M + V + O	Total
K-means	Cluster 1	1327	3	0	0	1	0	0	1331
	Cluster 2	2	805	0	78	0	18	0	903
	Cluster 3	0	0	484	383	0	0	7	878
	Cluster 4	0	0	0	0	312	279	4	597
	Cluster 5	0	0	0	0	0	188	263	451
	Total	1329	808	484	461	313	297	199	4160
TwoStep	Cluster 1	1314	2	0	0	1	0	0	1317
	Cluster 2	15	806	0	10	0	3	0	834
	Cluster 3	0	0	484	451	0	0	1	936
	Cluster 4	0	0	0	0	312	294	1	607
	Cluster 5	0	0	0	0	0	197	269	466
	Total	1329	808	484	461	313	297	199	4160

Note. No = no social participation; M = member; V = volunteer; O = organiser.

The comparison between these two solutions showed that 97.31 % of respondents were distributed in a similar way whatever the method used (see Table 8).

Table 8. Cross-tabulation of the K-means and TwoStep solutions fixed at 5 clusters using z-scores from the first sub-sample

K-means	TwoStep					Total
	no	passive	low	medium	high	
no	1317	14	0	0	0	1331
passive	0	820	68	15	0	903
low	0	0	868	0	10	878
medium	0	0	0	592	5	597
high	0	0	0	0	451	451
Total	1317	834	936	607	466	4160

Note. No = no social participation; passive = passive social participation; low = low active social participation; medium = medium active social participation; high = high active social participation.

Among the differences observed, 68 respondents were distributed in the *passive* cluster using the K-means method and in the *low* cluster using the TwoStep method. The profile analysis (see Table 9) indicated that these 68 respondents had a social participation corresponding to the social roles *member & volunteer*. This profile description corresponded to the *low* active social participation cluster. As with the mean scores, the TwoStep solution proposed a more coherent clustering than that obtained with the K-means method.

Table 9. Description of profiles of 68 respondents grouped differently according to the clustering method used

Dimensions	N = 68	
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Breadth	2.37	1.061
Engagement M	1.00	0.000
Engagement V	2.00	0.000
Engagement O	0.00	0.000
Intensity Fre M	4.87	1.132
Intensity Fre V	2.21	0.947
Intensity Fre O	0.00	0.000
Intensity Vol M	3.18	1.336
Intensity Vol V	1.99	0.866
Intensity Vol O	0.00	0.000
Duration	4.91	1.229

Note. Fre = frequency; Vol = hourly volume per month; M = member; V = volunteer; O = organiser.

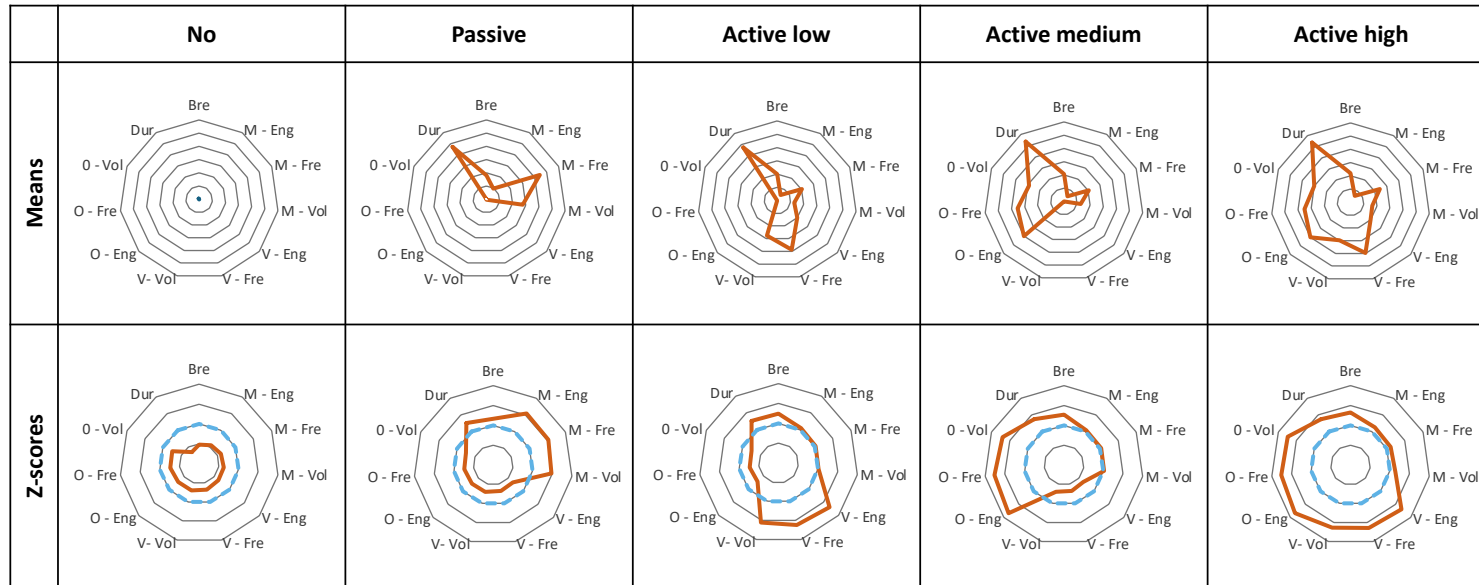
The scores shown are the average of the selected respondents.

At the end of these analyses, quite similar natural groups were observed whatever the method used (K-means vs. Two Step) and the type of score used (mean vs. standardised). Figure 2 shows the clusters retained (TwoStep method) based on the mean and standardised scores from the first sub-sample.

Discussion

Our proposed measure of social participation by clustering results in a ordinal variable that (a) reflects the degree of social participation by considering the four dimensions of the construct, (b) requires only six items and (c) is consistent with the way social engagement has been measured with the social role variable (MVO).

Our analyses using the social roles variable clearly showed the value of clustering and assessing all the dimensions proposed by Bohnert et al. (2010). In previous studies, researchers may have intuitively grouped all the organisers in the same cluster, whether they were also members or volunteers. However, our approach also considers the breadth, intensity, and duration of social participation in addition to engagement. In doing so, we discovered that organiser and volunteer respondents had similar rates of social participation to the high cluster respondents. Considering the four dimensions of social participation made it possible to create coherent and homogeneous groups.



Note. Bre = breadth; M = member; V = volunteer; O = organiser; Eng = engagement; Fre = intensity frequency; Vol = intensity volume; Dur = duration.

Dashed lines refer to mean Z-scores of the entire sample. Solid lines refer to mean Z-scores for each specific cluster.

Figure 2. Selected clusters (TwoStep method) using the mean and standardised scores from the first sub-sample

Analysing social participation in this way provides a score by clustering which is limited to five levels and is easy to use in comparative analyses. Moreover, recoding the clusters (i.e., 0 = *no* social participation; 1 = *passive* social participation; 2 = *low active* social participation; 3 = *medium active* social participation; 4 = *high active* social participation) transforms the score into an ordinal variable that can be used in a Boolean format in regression and modelling analyses (e.g., SEM).

As the initial results met our expectations, we decided to replicate the analysis procedure with a second sample in a third study.

Study 3 – Social participation clusters

The purpose of the last study was to test the robustness of the procedure developed previously and, consequently, the clusterings obtained. In addition, Study 2 taught the reader how to perform clustering analyses. In Study 3, the reader will learn how to present the clustering results in a concise manner. The detailed procedure and all tables are available in the supplementary material.

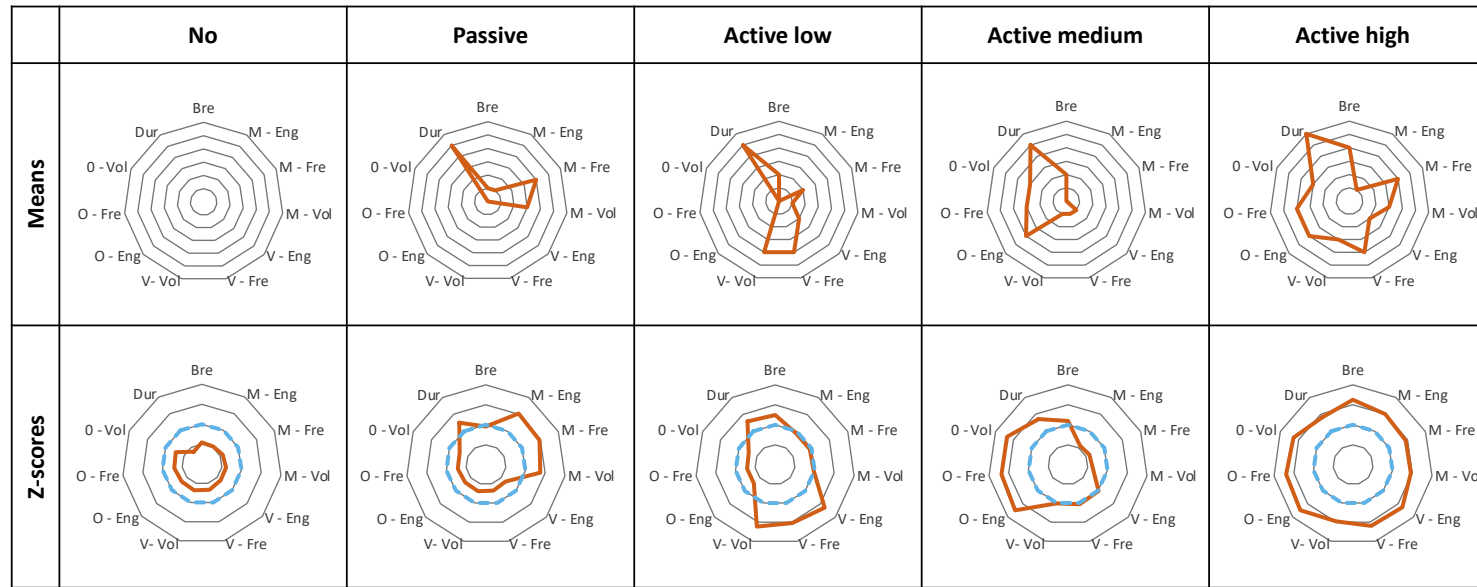
Method

The second sub-sample consisted of 3,956 respondents with an average age of 57.20 years ($SD = 17.434$; $min = 18$; $max = 94$) and 59.3% women.

The measurements were the same as those used previously: social participation index and social roles (MVO).

Results

Following the instructions of the Social Participation Index, multivariate analyses were carried out to identify clusters of social participation in the data. First, hierarchical cluster analysis was carried out using Ward's method with Euclidean squared distance measurement. The dendrogram suggested testing the 4-cluster and 5-cluster solutions. Secondly, successive non-hierarchical cluster analyses were carried out using K-means and TwoStep cluster analyses to identify the optimal solution. Moving from four to five clusters provided more homogeneous clusters and was preferred. The comparisons between the two 5-cluster solutions (i.e., K-means and TwoStep) showed that 86.98% of the respondents were classified in the same way regardless of the method used. Although the 5-cluster solutions were quite similar, K-means showed a more coherent allocation and was preferred. The same analyses were carried out using z-transformed variables. The second set of results was consistent with the previous set obtained using means. The selected profiles obtained with the TwoStep method using means and z-scores are illustrated in Figure 3.



Note. Bre = breadth; M = member; V = volunteer; O = organiser; Eng = engagement; Fre = intensity frequency; Vol = intensity volume; Dur = duration.

Dashed lines refer to mean Z-scores of the entire sample. Solid lines refer to mean Z-scores for each specific cluster.

Figure 3. Selected clusters (K-means method) using the mean and standardised scores from the second sub-sample

Discussion

The social participation index applied to another sample resulted in an ordinal categorical variable. The five new clusters obtained using the TwoStep method were similar to those previously obtained using the same method. However, applying the TwoStep method by default would have been contrary to the exploratory philosophy of multivariate clustering analysis.

By reproducing clustering analyses in their entirety, researchers can ensure that (a) clusters are not the result of chance but reflect trends that emerge in a consistent manner, and (b) the solution chosen is the most representative of the natural groups present in the data set. In the second subsample, the K-means method provided more consistent clustering than the TwoStep method and was preferred. Study 3 thus confirms the robustness of the process behind the social participation clusters we have identified.

Conclusion

As was argued in the introduction, more and more researchers have adopted social participation as a variable in their surveys. However, there is a lack of consensus in the operationalisation of this variable. This prevents researchers from carrying out meta-analyses or comparing research results. To address this gap, the present article has discussed the development of a standard measure of social participation.

The first step was to look for a measure of social participation that took the four dimensions proposed by Bohnert et al. (2010) into account. By the end of the scoping review (Study 1), no measure that met this criterion had been found. In the absence of a satisfactory measure, we decided to develop one. The social participation index consists of a 6-item index that addresses both the recommendations of Bohnert et al. (2010) and the requirement that it can be used in large-scale surveys. This new measure was examined for quality in Study 2 and for replicability in Study 3 of this article. The score obtained by clustering analyses is a 5-level ordinal categorical variable which indicates the degree of social participation. Thus, the social participation score can be used for comparisons and can also be introduced in a Boolean format in regression and modelling analyses (Agresti, 2018). As a result, it should meet the needs of social science researchers who wish to assess social participation in large-scale surveys regardless of their discipline (e.g., psychology, sociology). It should be noted that researchers interested in specific questions aimed at improving clinical interventions around social participation can use the items separately. For example, the breadth item can be used to find out whether one type of activity should be favoured over another to benefit more from social participation. The use of future results in meta-

analyses should be facilitated by the normative adoption of this new measurement tool by researchers.

Finally, some limitations are observed. First, the clustering is not yet normatively used in psychometrics. However, clustering is part of classical multivariate analysis in the same way as factor analysis or Cronbach's alpha. In this sense, its application is well documented (e.g., Hair et al., 2010; James et al., 2013) and increasingly used in studies (e.g., Billieux et al., 2015; Bukowski et al., 2019). Its use was well suited to produce a consistent score from the social participation index. Clustering summarised information from items with different formats (e.g., dichotomous, Likert) while maintaining the precision of the four dimensions measured. In addition, the quality of the clusters identified is ensured by the full application of the analysis procedure. Second, the specific characteristics of the Belgian sample in partnership with Mutualité Chrétienne make it difficult to draw general conclusions. Application to other cultural or demographic contexts will be necessary to fully guarantee the generalisability of these initial results. Third, the Likert format of the items does not explore the qualitative aspects of social participation. Practitioners wishing to explore their patients' social participation can use the index as a basis for a semi-structured interview to ensure that (a) the items are clearly understood and (b) qualitative experiences are captured.

In conclusion, this article paves the way for a multidimensional approach to the study of social participation. Such a four-dimensional approach provides a much richer theoretical context and a practical tool for understanding the impact of individual differences in social participation.

Acknowledgement

We would like to thank the staff at the BPEM (UCLouvain) for their help in carrying out the scoping review, the Mutualité Chrétienne for distributing the survey and the SMCS (UCLouvain) for checking the cluster analyses, and Olivier Luminet as research director at FRS-FNRS.

Competing interests

The authors have no competing interests to declare.

References

- Agresti, A. (2018). *An introduction to categorical data analysis* (John Wiley&Sons).
- Aida, J., Kondo, K., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Ichida, Y., Hirai, H., Kondo, N., Osaka, K., Sheiham, A., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2012). Does social capital affect the

- incidence of functional disability in older Japanese? A prospective population-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(1), 42–47. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200307>
- Alma, M. A., Van der Mei, S. F., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2012). Determinants of social participation of visually impaired older adults. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 21(1), 87–97. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9931-6>
- Alma, M. A., van der Mei, S. F., Melis-Dankers, B. J. M., van Tilburg, T. G., Groothoff, J. W., & Suurmeijer, T. P. B. M. (2011). Participation of the elderly after vision loss. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(1), 63–72. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.488711>
- Amagasa, S., Fukushima, N., Kikuchi, H., Oka, K., Takamiya, T., Odagiri, Y., & Inoue, S. (2017). Types of social participation and psychological distress in Japanese older adults: A five-year cohort study. *PLoS ONE*, 12(4), 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175392>
- Ang, S. (2018). Social participation and mortality among older adults in Singapore: Does ethnicity explain gender differences? *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(8), 1470–1479. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw078>
- Aoki, R., Ohno, Y., Tamakoshi, A., Kawakami, N., Nagai, M., Hashimoto, S., Ikari, A., Shimizu, H., Sakata, K., Kawamura, T., Wakai, K., & Senda, M. (1996). Total Social Activity Measure (1420141055; 9999-22821-000). <https://doi.org/10.1037/t22821-000>
- Ball, K., Cleland, V. J., Timperio, A. F., Salmon, J., Giles-Corti, B., & Crawford, D. A. (2010). Love thy neighbour? Associations of social capital and crime with physical activity amongst women. *Social Science & Medicine*, 71(4), 807–814. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.041>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Biddle, K. D., Uquillas, F. d'Oleire, Jacobs, H. I. L., Zide, B., Kirn, D. R., Rentz, D. M., Johnson, K. A., Sperling, R. A., & Donovan, N. J. (2019). Social engagement and amyloid- β -related cognitive decline in cognitively normal older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), 1247–1256. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.05.005>

- Bielak, A. A. M., Anstey, K. J., Christensen, H., & Windsor, T. D. (2012). Activity engagement is related to level, but not change in cognitive ability across adulthood. *Psychology and Aging*, 27(1), 219–228. <https://doi.org/10.1037/a0024667>
- Billieux, J., Thorens, G., Khazaal, Y., Zullino, D., Achab, S., & Van der Linden, L. (2015). Problematic involvement in online games: A cluster analytic approach. *Computers in Human Behavior*, 43(242–250). <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.10.055>
- Bisung, E., Elliott, S. J., Schuster-Wallace, C. J., Karanja, D. M., & Bernard, A. (2014). Social capital, collective action and access to water in rural Kenya. *Social Science & Medicine*, 119, 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.060>
- Bohnert, A., Fredricks, J., & Randall, E. (2010). Capturing unique dimensions of youth organized activity involvement: Theoretical and methodological considerations. *Review of Educational Research*, 80(4), 576–610. <https://doi.org/10.3102/0034654310364533>
- Brady, M. C., Clark, A. M., Dickson, S., Paton, G., & Barbour, R. S. (2011). The impact of stroke-related dysarthria on social participation and implications for rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 33(3), 178–186. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.517897>
- Brown, C. L., Robitaille, A., Zelinski, E. M., Dixon, R. A., Hofer, S. M., & Piccinin, A. M. (2016). Cognitive activity mediates the association between social activity and cognitive performance: A longitudinal study. *Psychology and Aging*, 31(8), 831–846. <https://doi.org/10.1037/pag0000134>
- Buffel, T., De Donder, L., Phillipson, C., Dury, S., De Witte, N., & Verté, D. (2014). Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: The role of neighbourhood perceptions. *Health Promotion International*, 29(4), 655–668. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat009>
- Bukowski, W. M., Dirks, M. A., Commisso, M., Velásquez, A. M., & Lopez, L. S. (2019). Pages from a sociometric notebook: Reconsidering the effects of selective missingness. *International Journal of Behavioral Development*, 43(6), 569–573. <https://doi.org/10.1177/0165025419845530>
- Bult, M. K., Verschuren, O., Lindeman, E., Jongmans, M. J., & Ketelaar, M. (2014). Do children participate in the activities they prefer? A comparison of children and youth with and without physical disabilities. *Clinical Rehabilitation*, 28(4), 388–396. <https://doi.org/10.1177/0269215513504314>
- Bult, M. K., Verschuren, O., Lindeman, E., Jongmans, M. J., Westers, P., Claassen, A., & Ketelaar, M. (2013). Predicting leisure participation of school-aged children with cerebral palsy: Longitudinal evidence of child, family and environmental factors.

- Child: Care, Health and Development, 39(3), 374–380.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01391.x>
- Calvin, C. M., Batty, G. D., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2015). Childhood club participation and all-cause mortality in adulthood: A 65-year follow-up study of a population-representative sample in Scotland. *Psychosomatic Medicine*, 77(7), 712–720.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000210>
- Chang, F.-H., Coster, W. J., Salzer, M. S., Brusilovskiy, E., Ni, P., & Jette, A. M. (2016). A multidimensional measure of participation for adults with serious mental illnesses. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 38(7), 695–703. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1056843>
- Chappell, N. L., & Funk, L. M. (2010). Social Capital: Does it Add to the Health Inequalities Debate? *Social Indicators Research*, 99(3), 357–373.
<https://doi.org/10.1007/s11205-010-9597-4>
- Chen, J.-H., Lauderdale, D. S., & Waite, L. J. (2016). Social participation and older adults' sleep. *Social Science & Medicine*, 149, 164.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.045>
- Chen, Y.-C., Putnam, M., Lee, Y. S., & Morrow-Howell, N. (2019). Activity patterns and health outcomes in later life: The role of nature of engagement. *The Gerontologist*, 59(4), 698–708. <https://doi.org/10.1093/geront/gny023>
- Chiao, C. (2019). Beyond health care: Volunteer work, social participation, and late-life general cognitive status in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 229, 154–160.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.001>
- Child, S. T., & Lawton, L. (2019). Loneliness and social isolation among young and late middle-age adults: Associations with personal networks and social participation. *Aging & Mental Health*, 23(2), 196–204.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399345>
- Choi, Y., Park, E.-C., Kim, J.-H., Yoo, K.-B., Choi, J.-W., & Lee, K.-S. (2015). A change in social activity and depression among Koreans aged 45 years and more: Analysis of the Korean Longitudinal Study of Aging (2006–2010). *International Psychogeriatrics*, 27(4), 629–637. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002439>
- Clarke, M., Newton, C., Petrides, K., Griffiths, T., Lysley, A., & Price, K. (2012). An examination of relations between participation, communication and age in children with complex communication needs. *AAC: Augmentative and Alternative Communication*, 28(1), 44–51. <https://doi.org/10.3109/07434618.2011.653605>

- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269–297. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.7.3.269>
- Costa, A., Sousa, C. J., Seabra, P. R. C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., Henriques, A., Nogueira, P., & Alarcão, V. (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: A systematic literature review. *Sustainability: Science, Practice, & Policy*, 13(5), 2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine*, 98, 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.013>
- Dahan-Oliel, N., Mazer, B., Maltais, D. B., Riley, P., Nadeau, L., & Majnemer, A. (2014). Child and environmental factors associated with leisure participation in adolescents born extremely preterm. *Early Human Development*, 90(10), 665–672. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.005>
- Dahan-Oliel, N., Mazer, B., Riley, P., Maltais, D. B., Nadeau, L., & Majnemer, A. (2014). Participation and enjoyment of leisure activities in adolescents born at ≤29 week gestation. *Early Human Development*, 90(6), 307–314. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.02.010>
- Densley, K., Davidson, S., & Gunn, J. M. (2013). Evaluation of the Social Participation Questionnaire in adult patients with depressive symptoms using Rasch analysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 22(8), 1987–1997. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0354-4>
- Donnelly, E. A., & Hinterlong, J. E. (2010). Changes in Social Participation and Volunteer Activity Among Recently Widowed Older Adults. *The Gerontologist*, 50(2), 158–169. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp103>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Alcan. (F. Alcan, Ed.).
- Durkheim, E. (1912). Les formes élémentaires de la vie religieuse. <https://lectures.revues.org/726>
- Dury, S., Stas, L., Switsers, L., Duppen, D., Domènech-Abella, J., Dierckx, E., & De Donder, L. (2021). Gender-related differences in the relationship between social and activity participation and health and subjective well-being in later life. *Social Science & Medicine*, 270, 1. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113668>
- Ejiri, M., Kawai, H., Fujiwara, Y., Ihara, K., Watanabe, Y., Hirano, H., Kim, H. K., Ishii, K., Oka, K., & Obuchi, S. (2019). Social participation reduces isolation among Japanese

- older people in urban area: A 3-year longitudinal study. *PLoS ONE*, 14(9), 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222887>
- Eriksson, M., & Ng, N. (2015). Changes in access to structural social capital and its influence on self-rated health over time for middle-aged men and women: A longitudinal study from northern Sweden. *Social Science & Medicine*, 130, 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.029>
- Fiorillo, D., Lavadera, G. L., & Nappo, N. (2020). Individual heterogeneity in the association between social participation and self-rated health: A panel study on bhps. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02395-8>
- Flynn, M. A., Mutlu, B., Duff, M. C., & Turkstra, L. S. (2018). Friendship quality, friendship quantity, and social participation in adults with traumatic brain injury. *Seminars in Speech and Language*, 39(5), 416–426. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670672>
- Giordano, G. N., & Lindstrom, M. (2010). The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, 70(5), 700–710. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.044>
- Glei, D. A., Goldman, N., Ryff, C. D., Lin, Y.-H., & Weinstein, M. (2012). Social relationships and inflammatory markers: An analysis of Taiwan and the U.S. *Social Science & Medicine*, 74(12), 1891–1899. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.020>
- Gonzalez, R., Fuentes, A., & Muñoz, E. (2020). On Social Capital and Health: The Moderating Role of Income Inequality in Comparative Perspective. *International Journal of Sociology*, 50(1), 68–85. <https://doi.org/10.1080/00207659.2019.1709138>
- Guillen, L., Coromina, L., & Saris, W. E. (2011). Measurement of social participation and its place in social capital theory. *Social Indicators Research*, 100(2), 331–350. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9631-6>
- Habibov, N., & Weaver, R. (2014). Endogenous social capital and self-rated health: Results from Canada's General Social Survey. *Health Sociology Review*, 23(3), 219. <https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081975>
- Haghighat, M. D., & Knifsend, C. A. (2019). The longitudinal influence of 10th grade extracurricular activity involvement: Implications for 12th grade academic practices and future educational attainment. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(3), 609–619. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0947-x>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Badin, B. J., & Black. (2010). *Multivariate Data Analysis: A global perspective* (Pearson Education).

- Hajek, A., Brettschneider, C., Mallon, T., Ernst, A., Mamone, S., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Weeg, D., Wagner, M., Heser, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., & König, H.-H. (2017). The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age—Evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 8. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0715-8>
- Haslam, C., Cruwys, T., Chang, M. X., Bentley, S. V., Haslam, S. A., Dingle, G. A., & Jetten, J. (2019). GROUPS 4 HEALTH reduces loneliness and social anxiety in adults with psychological distress: Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(9), 787. <https://doi.org/10.1037/ccp0000427>
- Heller, R., Rosenbaum, P. R., & Small, D. S. (2009). Split samples and design sensitivity in observational studies. *Journal of the American Statistical Association*, 104(487), 1090–1101. <https://doi.org/10.1198/jasa.2009.tm08338>
- Hikichi, H., Aida, J., Matsuyama, Y., Tsuboya, T., Kondo, K., & Kawachi, I. (2020). Community-level social capital and cognitive decline after a natural disaster: A natural experiment from the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Social Science & Medicine*, 257, 9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.057>
- Howrey, B. T., & Hand, C. L. (2019). Measuring social participation in the Health and Retirement Study. *The Gerontologist*, 59(5), e415–e423. <https://doi.org/10.1093/geront/gny094>
- Hsu, H.-C., & Chang, W.-C. (2015). Social connections and happiness among the elder population of Taiwan. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1131–1137. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1004160>
- Hughes, T. F., Flatt, J. D., Fu, B., Chang, C.-C. H., & Ganguli, M. (2013). Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: The MYHAT study. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 587–595. <https://doi.org/10.1017/S1041610212002086>
- Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
- Ihle, A., Grotz, C., Adam, S., Oris, M., Fagot, D., Gabriel, R., & Kliegel, M. (2016). The association of timing of retirement with cognitive performance in old age: The role of leisure activities after retirement. *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1659–1669. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000958>

- Infurna, F. J., Gerstorf, D., Ram, N., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2011). Social Participation Measure. PsycTESTS®. <https://doi.org/10.1037/t33148-000>
- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2011). Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 66(4), 467–473. <https://doi.org/10.1093/gerona/glq231>
- James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). An introduction to statistical learning (Springer, Vol. 112). <https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1418-1>
- Jerliu, N., Burazeri, G., Toçi, E., Kempen, G. I. J. M., Jongen, W., Ramadani, N., & Brand, H. (2014). Social networks, social participation and self-perceived health among older people in transitional Kosovo. *European Journal of Public Health*, 24(2), 333–337. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt064>
- Jetten, J., Haslam, C., & Alexander, S. H. (2012). *The social cure: Identity, health and well-being* (Psychology press). <https://doi.org/10.4324/9780203813195>
- Julien, D., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., & Payette, H. (2013). The role of social participation and walking in depression among older adults: Results from the VoisiNuAge Study. *Canadian Journal on Aging*, 32(1), 1–12. <https://doi.org/10.1017/S071498081300007X>
- Kellezi, B., Wakefield, J., Bowe, M., Bridger, K., & Teague, K. (2021). Adapting social prescribing to meet the needs of migrant populations: Challenges and solutions to service access and effectiveness. , 7(2), 1-21. *Community Psychology in Global Perspective*, 7(2), 1–21. <https://doi.org/10.1285/i24212113v7i2p1>
- Kim, J., Lee, H. Y., Christensen, M. C., & Merighi, J. R. (2017). Technology access and use, and their associations with social engagement among older adults: Do women and men differ? *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 72(5), 836–845. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw123>
- Kouvonen, A., Swift, J. A., Stafford, M., Cox, T., Vahtera, J., Väänänen, A., Heponiemi, T., De Vogli, R., Griffiths, A., & Kivimäki, M. (2012). Social participation and maintaining recommended waist circumference: Prospective evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *Journal of Aging and Health*, 24(2), 250–268. <https://doi.org/10.1177/0898264311421960>
- Kreider, C. M., Bendixen, R. M., Mann, W. C., Young, M. E., & McCarty, C. (2015). Mixed-method exploration of social network links to participation. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 35(3), 151–159. <https://doi.org/10.1177/1539449215578650>

- Kreider, C. M., Bendixen, R. M., Young, M. E., Prudencio, S. M., McCarty, C., & Mann, W. C. (2016). Social networks and participation with others for youth with learning, attention, and autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 83(1), 14–26. <https://doi.org/10.1177/0008417415583107>
- Lancee, B., & Van de Werfhorst, H. G. (2012). Civic and Social Participation Survey. *PsycTESTS®*. <https://doi.org/10.1037/t40147-000>
- Leedahl, S. N., Sellon, A., & Chapin, R. K. (2018). Assessment of multiple constructs of social integration for older adults living in nursing homes. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(5), 526–548. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1451938>
- Legh-Jones, H., & Moore, S. (2012). Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1362–1367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.005>
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, E., Castonguat, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and Ageing*, 51(2), afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Li, Y.-P., Lin, S.-I., & Chen, C.-H. (2011). Gender differences in the relationship of social activity and quality of life in community-dwelling Taiwanese elders. *Journal of Women & Aging*, 23(4), 305–320. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.611052>
- Lindström, M., & Giordano, G. N. (2016). The 2008 financial crisis: Changes in social capital and its association with psychological wellbeing in the United Kingdom—A panel study. *Social Science & Medicine*, 153, 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.008>
- Lindström, M., & Malmö Shoulder-Neck Study Group. (2006). Psychosocial work conditions, social participation and social capital: A causal pathway investigated in a longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 62(2), 280–291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.005>
- Lounds Taylor, J., Adams, R. E., & Bishop, S. L. (2017). Social participation and its relation to internalizing symptoms among youth with autism spectrum disorder as they

- transition from high school. *Autism Research*, 10(4), 663–672. <https://doi.org/10.1002/aur.1709>
- Luo, H., & Menec, V. (2018). Social capital and health among older Chinese immigrants: A cross-sectional analysis of a sample in a Canadian prairie city. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 33(1), 65–81. <https://doi.org/10.1007/s10823-017-9342-4>
- Ma, X., Piao, X., & Oshio, T. (2020). Impact of social participation on health among middle-aged and elderly adults: Evidence from longitudinal survey data in China. *BMC Public Health*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08650-4>
- Mahoney, E. B., Breitborde, N. J. K., Leone, S. L., & Ghuman, J. K. (2014). An examination of social interaction profiles based on the factors measured by the Screen for Social Interaction. *Research in Developmental Disabilities*, 35(10), 2487–2494. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.06.008>
- Marcus, A. F., Echeverria, S. E., Holland, B. K., Abraido-Lanza, A. F., & Passannante, M. R. (2015). How neighborhood poverty structures types and levels of social integration. *American Journal of Community Psychology*, 56(1–2), 134–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9732-0>
- McLean, A. M., Jarus, T., Hubley, A. M., & Jongbloed, L. (2012). Differences in social participation between individuals who do and do not attend brain injury drop-in centres: A preliminary study. *Brain Injury*, 26(1), 83–94. <https://doi.org/10.3109/02699052.2011.635353>
- McMullan, S., Chin, R., Froude, E., & Imms, C. (2012). Prospective study of the participation patterns of grade 6 and year 8 students in Victoria, Australia in activities outside of school. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59(3), 197–208. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01013.x>
- Meng, T., & Chen, H. (2014). A multilevel analysis of social capital and self-rated health: Evidence from China. *Health & Place*, 27, 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.01.009>
- Mikkola, T. M., Portegijs, E., Rantakokko, M., Gagné, J.-P., Rantanen, T., & Viljanen, A. (2015). Association of self-reported hearing difficulty to objective and perceived participation outside the home in older community-dwelling adults. *Journal of Aging and Health*, 27(1), 103–122. <https://doi.org/10.1177/0898264314538662>
- Min, J. Y., Lee, K. J., Park, J. B., Cho, S. I., Park, S. G., & Min, K. (2012). Social engagement, health, and changes in occupational status: Analysis of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *PlosOne*, 7(10), e46500. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046500>

- Moore, S., & Carpiano, R. M. (2020). Measures of personal social capital over time: A path analysis assessing longitudinal associations among cognitive, structural, and network elements of social capital in women and men separately. *Social Science & Medicine*, 257, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.023>
- Moreno-Jiménez, M. P., Rodríguez, M. L. R., & Martín, M. V. (2013). Construction and validation of the Community and Socio-Political Participation Scale (SCAP). *The Spanish Journal of Psychology*, 16, 8.
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective? *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 91, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>
- Nishio, M., Takagi, D., Shinozaki, T., & Kondo, N. (2021). Community social networks, individual social participation and dietary behavior among older Japanese adults: Examining mediation using nonlinear structural equation models for three-wave longitudinal data. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 149, 9. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106613>
- Nyqvist, F., Nygård, M., & Jakobsson, G. (2012). Social participation, interpersonal trust, and health: A study of 65- and 75-year-olds in Western Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(5), 431–438. <https://doi.org/10.1177/1403494812453887>
- Otsuka, T., Tomata, Y., Zhang, S., Sugiyama, K., Tanji, F., Sugawara, Y., & Tsuji, I. (2018). Association between social participation and incident risk of functional disability in elderly Japanese: The Ohsaki Cohort 2006. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.004>
- Pan, X., & Chee, K. H. (2020). The power of weak ties in preserving cognitive function: A longitudinal study of older Chinese adults. *Aging & Mental Health*, 24(7), 1046–1053. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1597015>
- Pavlova, M. K., Silbereisen, R. K., & Sijko, K. (2014). Social Participation in Poland: Links to Emotional Well-Being and Risky Alcohol Consumption. *Social Indicators Research*, 117(1), 29–44. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0332-9>
- Peng, S., Yang, X. Y., & Rockett, I. R. (2019). A typology of social capital and its mixed blessing for suicidal ideation: A multilevel study of college students. *Social Science & Medicine*, 243, 1. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112640>
- Plug, I., Peters, M., Mauser-Bunschoten, E. P., de Goede-Bolder, A., Heijnen, L., Smit, C., Willemse, J., Rosendaal, F. R., & van der Bom, J. G. (2008). Social participation of

- patients with hemophilia in the Netherlands. *The Journal of the American Society of Hematology*, 111(4), 1811–1815. <https://doi.org/10.1182/blood-2007-07-102202>
- Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The American*, 4, 249. <https://doi.org/10.2307/3824796>
- Richard, L., Gauvin, L., Kestens, Y., Shatenstein, B., Payette, H., Daniel, M., Moore, S., Levasseur, M., & Mercille, G. (2013). Neighborhood resources and social participation among older adults: Results from the VoisiNuage study. *Journal of Aging and Health*, 25(2), 296–318. <https://doi.org/10.1177/0898264312468487>
- Rinkus, M. A., Kramer, D., & Dobson, T. (2016). Civic, Community, and Social Participation Measures. *PsycTESTS®*. <https://doi.org/10.1037/t49472-000>
- Rosso, A. L., Taylor, J. A., Tabb, L. P., & Michael, Y. L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health*, 25(4), 617–637. <https://doi.org/10.1177/0898264313482489>
- Roth, J. L., Malone, L. M., & Brooks-Gunn, J. (2010). Does the Amount of Participation in Afterschool Programs Relate to Developmental Outcomes? A review of the literature. *American Journal of Community Psychology*, 45, 310–324. <https://doi.org/10.1007/s10464-010-9303-3>
- Rutenfrans-Stupar, M., Tine Van Regenmortel, & Schalk, R. (2019). How to Enhance Social Participation and Well-Being in (Formerly) Homeless Clients: A Structural Equation Modelling Approach. *Social Indicators Research*, 145(1), 329–348. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02099-8>
- Saïas, T., Beck, F., Bodard, J., Guignard, R., & Roscoät, E. du. (2012). Social participation, social environment and death ideations in later life. *PLoS ONE*, 7(10), 8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046723>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Koyanagi, A., Meilstrup, C., & Nielsen, L. (2020). Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Social Science & Medicine*, 251, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112906>
- Sharp, E. H., Tucker, C. J., Baril, M. E., Van Gundy, K. T., & Rebellon, C. J. (2015). Breadth of participation in organized and unstructured leisure activities over time and rural adolescents' functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(1), 62–76. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0153-4>
- Shields, N., King, M., Corbett, M., & Imms, C. (2014). Is participation among children with intellectual disabilities in outside school activities similar to their typically

- developing peers? A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(1), 64–71. <https://doi.org/10.3109/17518423.2013.836256>
- Shields, N., Synnot, A., & Kearns, C. (2015). The extent, context and experience of participation in out-of-school activities among children with disability. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.09.007>
- Shikako-Thomas, K., Shevell, M., Lach, L., Law, M., Schmitz, N., Poulin, C., & Majnemer, A. (2013). Picture me playing—A portrait of participation and enjoyment of leisure activities in adolescents with cerebral palsy. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 1001–1010. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.11.026>
- Takagi, D., Ikeda, K., Kobayashi, T., Harihara, M., & Kawachi, I. (2016). The Impact of Crime on Social Ties and Civic Participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 26(2), 164–178. <https://doi.org/10.1002/casp.2243>
- Thomas, P. A. (2011). Gender, social engagement, and limitations in late life. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1428–1435. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.035>
- Thraen-Borowski, K. M., Trentham-Dietz, A., Edwards, D. F., Koltyn, K. F., & Colbert, L. H. (2013). Dose–response relationships between physical activity, social participation, and health-related quality of life in colorectal cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 369–378. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0277-7>
- Tobin, M. C., Drager, K. D., & Richardson, L. F. (2014). A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorders: Support, social functioning, and quality of life. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 214–229. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.002>
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2015). Social participation and the prevention of decline in effectance among community- dwelling elderly: A population-based cohort study. *PLoS ONE*, 10(9), 13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139065>
- Tong, K. K., Hung, E. P. W., & Yuen, S. M. (2011). The Quality of Social Networks: Its Determinants and Impacts on Helping and Volunteering in Macao. *Social Indicators Research*, 102(2), 351–361. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9686-4>
- Townsend, B. G., Chen, J. T., & Wuthrich, V. M. (2021). Barriers and facilitators to social participation in older adults: A systematic literature review. *Clinical Gerontologist*, 44(4), 359–380. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1863890>
- Tsai, A. C., Lucas, M., & Kawachi, I. (2015). Association between social integration and suicide among women in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(10), 987–993. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1002>

- Tuffrey, C., Bateman, B. J., & Colver, A. C. (2013). The Questionnaire of Young People's Participation (QYPP): A new measure of participation frequency for disabled young people. *Child: Care, Health and Development*, 39(4), 500–511. <https://doi.org/10.1111/cch.12060>
- Valentova, M. (2016). How Do Traditional Gender Roles Relate to Social Cohesion? Focus on Differences Between Women and Men. *Social Indicators Research*, 127(1), 153–178. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0961-2>
- Van Wely, L., Balemans, A. C. J., Becher, J. G., & Dallmeijer, A. J. (2014). The effectiveness of a physical activity stimulation programme for children with cerebral palsy on social participation, self-perception and quality of life: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 28(10), 972–982. <https://doi.org/10.1177/0269215513500971>
- Wang, R., Chen, Z., Zhou, Y., Shen, L., Zhang, Z., & Wu, X. (2019). Melancholy or mahjong? Diversity, frequency, type, and rural-urban divide of social participation and depression in middle- and old-aged Chinese: A fixed-effects analysis. *Social Science & Medicine*, 238, 1. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112518>
- Weiss, B. J., Hope, D. A., & Capozzoli, M. C. (2013). Heterocentric language in commonly used measures of social anxiety: Recommended alternate wording. *Behavior Therapy*, 44(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.07.006>
- Winters, M. S., & Rundlett, A. (2015). The Challenges of Untangling the Relationship Between Participation and Happiness. *Voluntas*, 26(1), 5–23. <https://doi.org/10.1007/s11266-014-9500-z>
- Witvorapong, N. (2018). Healthy behaviours and productive activities among Thai older adults: A repeated cross-sectional analysis. *Social Science & Medicine*, 213, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.031>
- Yokobayashi, K., Kawachi, I., Kondo, K., Kondo, N., Nagamine, Y., Tani, Y., Shirai, K., & Tazuma, S. (2017). Association between social relationship and glycemic control among older Japanese: JAGES cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(1), 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169904>
- Yoshida, Y., Hiratsuka, Y., Kawachi, I., Murakami, A., & Kondo, K. (2020). Association between visual status and social participation in older Japanese: The JAGES cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 253, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112959>
- Yu, G., Sessions, J. G., Fu, Y., & Wall, M. (2015). A multilevel cross-lagged structural equation analysis for reciprocal relationship between social capital and health.

Social Science & Medicine, 142, 1–8.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.004>

Zhang, Z., & Zhang, J. (2015). Social Participation and Subjective Well-Being Among Retirees in China. *Social Indicators Research*, 123(1), 143–160.
<https://doi.org/10.1007/s11205-014-0728-1>

Tableau non inclus dans le texte

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
<i>Scales from previous studies</i>							
1-11	Bult et al., 2012; Bult et al., 2014; Clarke et al., 2012; Dahan-Oliel et al., 2014a; Dahan-Oliel et al., 2014b; Kreider et al., 2015; Kreider et al., 2016; McMullan et al., 2012; Shields et al., 2015; Shields et al., 2015; Shikako-Thomas et al., 2013; Van Wely et al., 2014	1	Children's Assessment of Participation and Enjoyment and Preferences for Activities of Children (CAPE, King et al., 2007)	1	1	0	0
12	Thraen-Borowski et al., 2013	2	Community Healthy Activities Model Program for Seniors (CHAMPS, Stewart et al., 2001)	1	0	0	0
13	Biddle et al., 2019	3	Community Healthy Activities Model Program for Seniors (different operating)	1	1	1	0
14	McLean et al., 2012	4	Community Integration Questionnaire, social integration scale (Barnea et al., 2004)	1	1	0	0
15-16	Julien et al., 2013; Richard et al., 2012	5	Elderly Activity Inventory Questionnaire (Lefrançois et al., 2001)	1	1	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
17-18	Alma et al., 2011, 2012	6	ICF Measure of Participation and Activities - Screener (IMPACT-S, Post, 2008)	1	0	0	0
19	Tsai et al., 2015	7	Index of extended ties (Berkman, 1977)	1	1	0	0
20	James et al., 2011	8	Late-life social activity (Bennett et al., 2005)	1	1	0	0
21	Mikkola et al., 2015	9	Life-Space Mobility in Old Age (LISPE -	1	1	0	0
22	Nyqvist et al., 2012	10	Measuring social capital (Stone, 2001)	1	0	0	1
23	Flynn et al., 2018	11	Participation Assessment with Recombined Tools-Objective (PART-O, Whiteneck et al., 2011)	1	1	0	0
24	Rutenfrans-Stupar et al., 2019	12	Participation Ladder (Van Gent et al., 2008)	1	0	0	0
25	Bielak et al., 2012	13	RIASEC Activity List (Parslow, 2006)	1	0	0	0
26	Bisung et al., 2014	14	Social Capital Assessment Tool (SOCAT, Krishna & Shrader, 2000)	0	0	0	0
27-28	Glei et al., 2012; Marcus et al., 2015	15	Social Network Index (SNI, Ford et al., 2006)	0	1	0	0
29	Chang et al., 2015	16	Temple University Community Participation Measure (CPDM, Wong et al., 2007))	0	1	0	0
30	Brown et al., 2016	17	Victoria Longitudinal Study (VLS) Activity Lifestyle Questionnaire, 1986, 1993	1	1	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
<i>Items from large-scale surveys</i>							
31	Buffel et al., 2013	18	Belgian Ageing studies (BAS - Belgium), 2004	1	0	0	1
32	Fiorillo et al., 2020	19	British Household Panel Survey (BHPS), 1991-1995	0	0	0	1
33-34	Winters & Rundlett, 2015; Lindström	20	British Household Panel Survey (BHPS), 1991-	0	0	0	0
35	Wang et al., 2019	21	China Health and Retirement Longitudinal	1	1	0	0
36	Pan & Chee, 2020	22	China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS), 2011, 2015	1	1	0	0
37	Haghighat & Knifsend, 2018	23	Education Longitudinal Study, 2002	1	0	0	0
38	Cruwys et al., 2013	24	English Longitudinal Study of Aging (ELSA), 2002-2203, 2011-2012	1	0	0	0
39	Kouvonen et al., 2012	25	English Longitudinal Study of Aging (ELSA), 2004-2005, 2008-2009	1	0	0	0
40	Valentova, 2016	26	European Values Study (EVS, Luxembourg), 2008	1	0	0	0
41	Peng et al., 2019	27	General Health Professions Student Survey (GHPSS - China), 2013	1	1	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
42	Hajek et al., 2017	28	German Stryd on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe), 2003-2004, 2011-2012	0	1	0	0
43	Chen et al., 2019	29	Health and Retirement Study (HRS - US), 2010, 2012	1	1	0	0
44	Rosso et al., 2013	30	Household Health Survey (HHS - US), 1994	0	1	0	0
45	Yoshida et al., 2020	31	Japan Gerontological Evaluation Study	1	1	0	0
46	Hikichi et al., 2020	32	Japan Gerontological Evaluation Study	0	1	0	0
47	Nishio et al., 2021	33	Japan Gerontological Evaluation Study (JAGES), 2010, 2013	1	1	0	0
48	Choi et al., 2015	34	Korean Longitudinal Study of Aging (KLoSA), 2006, 2008, 2010	1	0	1	0
49	Moore & Carpiano, 2020	35	Montreal Neighborhood Networks and Healthy Aging (MoNNET), 2008, 2010, 2012-2013	0	0	1	0
50	Kim et al., 2017	36	National Health and Aging Trends Study (NHATS - US), 2010	1	0	0	0
51	Amagasa et al., 2017	37	National Health and Nutrition Survey (NHNS), 2006	0	1	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
52	Chen et al., 2016	38	National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP - US), 2005-2006, 2010-2011	1	1	0	0
53	Lounds Taylor et al., 2017	39	National Survey of Families and Household (Bumpass & Sweet, 1987)	1	1	0	0
54	Gonzalez et al., 2020	40	Social Networks and Social Resources Survey, 30 countries around the world (ISSP), 2017	1	1	0	0
55	Saías et al., 2012	41	Survey of Health, Ageing and Retirement in	0	0	0	0
56	Santini et al., 2020	42	Survey of Health, Ageing and Retirement in	1	1	0	0
57	Niedzweidz et al., 2016	43	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), 2013	1	1	0	0
58	Witvorapong, 2018	44	Surveys of Older Persons in Thailand, 2008	0	0	0	0
59	Chiao, 2019	45	Taiwan Longitudinal Study on Aging (TLSA), 1993, 1996, 1999, 2003, 2007	0	0	0	0
60	lhle et al., 2016	46	Vivre-Leben-Vivere survey (VLV - Switzerland), 2011, 2012	1	0	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
<i>Items from a previous study</i>							
61	Yu et al., 2015	47	Bain & Hicks, 1998	0	0	0	0
62	Ball et al., 2010	48	Baum, 1999	1	1	0	0
63	Sharp et al., 2015	49	Eccles et al., 2003	0	0	0	0
64	Luo & Menec, 2018	50	Foxton & Jones, 2011	1	0	0	0
65	Habibov & Weaver, 2014	51	Harper, 2002	0	0	0	0
66	Leedahl et al., 2018	52	Narayan & Cassidy, 2001	0	0	0	0
67	Meng & Chen, 2014	53	Norstrand & Xu, 2012	1	1	0	0
68	Ang, 2018	54	Veroff et al., 1981	0	1	0	0
<i>Scales created by the authors of the study</i>							
69	Aoki et al., 1996	55	21-item Total Social Activity Measure	1	1	0	0
70	Lancee & Van de Werfhorst, 2012	56	Civic and Social Participation Survey	1	0	0	0
71	Rinkus et al., 2016	57	Civic, Community, and Social Participation Measures	0	1	1	0
72	Guillen et al., 2011	58	Measurement of Social Participation	1	0	0	1
73	Tuffrey et al., 2013	59	Questionnaire of Young People's Participation (QYPP)	1	1	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
74	Moreno-Jiménez et al., 2013	60	Scale participation (SCAP)	1	1	0	0
75	Li et al., 2011	61	Social activity questionnaire	1	0	0	0
76	Thomas, 2011	62	Social engagement composite measure items	1	1	0	0
77	Infurna et al., 2011	63	Social Participation Measure	1	1	0	0
78	Zhang & Zhang, 2015	64	Social Participation Questionnaire	0	1	0	1
79	Densley et al., 2013	65	Social Participation Questionnaire (SPQ)	1	1	0	0
80	Howrey & Hand, 2019	66	Social participation scale (SoPart-30)	1	1	0	0
<i>Items created by the authors of the study</i>							
81	Aida et al., 2012	67		0	0	0	0
82	Calvin et al., 2015	68		1	0	0	0
83	Chappell & Funk, 2010	69		0	0	0	0
84	Child & Lawton, 2019	70		0	1	0	0
85	Donnelly & Hinterlong, 2009	71		0	1	0	0
86	Dury et al., 2021	72		1	1	0	1
87	Ejiri et al., 2019	73		1	0	0	0
88	Eriksson & Ng, 2015	74		0	1	0	0
89	Giordano & Lindstrom, 2010	75		0	0	0	0

Table 1. Articles from the scoping review grouped according to the social participation measure used (continue)

#	Reviewed articles	#	Used measures of social participation	Breadth	Intensity	Duration	Engagement
90	Hsu & Chang, 2015	76		0	0	0	0
91	Hughes et al., 2013	77		1	1	0	0
92	Jerliu et al., 2013	78		0	0	0	0
93	Legh-Jones & Moore, 2012	79		0	0	0	0
94	Otsuka et al., 2018	80		1	1	0	0
95	Pavlova et al., 2014	81		0	1	0	0
96	Takagi et al., 2016	82		1	0	0	0
97	Tomioka et al., 2015	83		1	0	0	0
98	Tong et al., 2011	84		0	1	0	0
99	Yokobayashi et al., 2017	85		1	1	0	0

Chapitre 3

De la participation sociale à la santé

Les travaux fondateurs de Durkheim (1897, 1912) soulignaient déjà l'importance des cadres culturels et des appartenances sociales pour la survie et le bien-être des individus. Un siècle plus tard, dans un contexte marqué par la montée de l'isolement social, Berkman et al. (2000) ont proposé un modèle conceptuel articulant intégration sociale et santé, prolongeant ainsi l'intuition durkheimienne. Cette recherche vise à actualiser ce modèle théorique devenu majeur en y intégrant les avancées récentes du courant Social cure, qui met en lumière le rôle activateur de l'identité sociale dans la relation entre participation sociale et santé. L'étude repose sur une enquête nationale menée en collaboration avec la Mutualité Chrétienne, réunissant les données de 4 988 répondants ayant accepté le couplage avec leurs données de consommation de soins. L'analyse des profils de participation sociale révèle des différences marquées, principalement sur le plan psychologique, en fonction du niveau d'engagement social. Des analyses statistiques, incluant des régressions, des modèles de médiation et des modèles d'équations structurelles (SEM), ont permis d'ajuster en profondeur le niveau individuel du modèle de Berkman et al. (2000). Les résultats mettent en évidence un processus en cascade dans lequel la participation sociale agit d'abord sur le bien-être, qui influence ensuite la santé perçue, laquelle détermine à son tour le recours aux soins. L'activation du niveau de la santé est principalement conditionnée par l'intervention de processus psychologiques intermédiaires — notamment l'identité sociale, le sens de la vie, le soutien social perçu et le sentiment de solitude — comme leviers essentiels vers la santé. Ainsi, ce travail propose une actualisation du modèle liant participation sociale et santé, et fournit un cadre théorique permettant d'identifier les processus psychologiques à cibler en priorité dans le cadre d'interventions de type Prescription sociale.

Mots-clés : participation sociale, santé, solitude, prescription sociale, modélisation, SEM

De la participation sociale à la santé

Mise à jour et vérification empirique globale du modèle conceptuel de Berkman et al. (2000)

La participation sociale se définit comme la participation d'une personne à des activités qui lui permettent d'interagir avec d'autres personnes au sein de la communauté (Levasseur et al., 2010). Depuis les années 2000, la participation sociale fait l'objet d'un intérêt scientifique grandissant en tant que dimension essentielle de la santé (WHO, 2008) et de la qualité de la vie (Munfort et al., 2020). Ainsi, il a été observé que la participation sociale est un facteur de protection aussi bien pour le risque de mortalité (Holt-Lunstad et al., 2010) que pour le risque de morbidité (Thoits, 2011). Inversement, l'isolement social est apparu comme une source d'effets néfastes sur la santé. Ainsi, Newall et al. (2015) ont observé que les personnes âgées isolées encourraient davantage de risque de réhospitalisation que leurs pairs non isolés et ce, indépendamment de l'état de santé initial. Les données méta-analytiques de Holt-Lundstad et al. (2015) ont démontré que la relation entre le risque de mortalité et la solitude—tant objective que subjective—est d'un ordre de grandeur comparable à celui qui lie ce risque aux grands facteurs classiques comme l'obésité, le tabagisme, les comportements sexuels à risque, la sédentarité, la violence, la santé mentale, l'immunité ou l'accès aux soins de santé. Ces résultats ne souffraient pas d'effets de genre ou de culture. En revanche, le risque de mortalité précoce différait également selon l'état de santé initial et l'âge.

Depuis que les résultats se sont accumulés dans cette direction, la participation sociale est devenue une cible d'interventions cliniques tant au niveau individuel (p.ex., la thérapie interpersonnelle) que communautaire (p.ex., la prescription sociale). L'objectif au niveau sociétal est de transférer la demande d'aide des patients isolés vers des groupes sociaux. On vise ainsi à amener ces patients à participer à la vie sociale en espérant qu'ils en retirent des bénéfices pour leur qualité de vie et leur santé. L'hypothèse est qu'à terme, les patients placés dans ces conditions de participation sociale n'auraient plus à faire appel aux services médicaux pour réduire leur sentiment de solitude. Malheureusement, la littérature peine à fournir des résultats robustes et cohérents quand il s'agit de l'effet de la participation sociale sur la consommation en soin de santé. Grant et al. (2000) ont évalué les effets d'un programme clinique dans lequel des médecins généralistes ont orienté 161 patients présentant des difficultés psychosociales vers le secteur du volontariat. Leurs résultats indiquaient qu'en dépit d'une amélioration rapide de l'anxiété, du sentiment de solitude, de la qualité de vie et de la santé perçue, la fréquence des consultations auprès du médecin généraliste demeurait inchangée quatre mois après l'intervention. Ce constat mitigé interroge les

chercheurs qui réclament un cadre théorique solide et une identification claire des mécanismes en jeu dans la relation entre la participation sociale et la santé afin de soutenir adéquatement la création de programmes cliniques (p.ex., Haslam et al., 2024 ; Stevenson et al., 2019).

Afin de répondre à cette demande, la présente étude vise à mettre à jour le modèle conceptuel qui a été proposé par Berkman et al. (2000) en vue de préciser les liens qui unissent l'intégration sociale à la santé. Ces auteurs reconnaissaient déjà l'influence déterminante de l'affiliation et des relations sociales sur la santé mentale et physique (p. 843). Sans remettre en cause l'importance du support social fourni par le groupe, largement discuté à l'époque, ils soulignaient la nécessité de considérer d'autres mécanismes explicatifs (p. 846). Leur cadre théorique, rigoureusement construit, est ainsi devenu un fondement majeur de la recherche sur les liens sociaux et la santé. Depuis sa publication, il y a 25 ans, ce modèle a été cité plus de 6 700 fois, s'imposant comme une référence incontournable dans le domaine de la santé. En proposant des hypothèses testables fortes, il répond adéquatement aux attentes des chercheurs. Toutefois, compte tenu des avancées scientifiques récentes, une actualisation du modèle semble nécessaire afin d'y intégrer les connaissances émergentes et d'en renforcer la pertinence.

Modèle conceptuel liant l'intégration sociale à la santé (Berkman et al., 2000)

Berkman et al. (2000) ont conceptualisé la relation entre les liens sociaux et la santé en s'appuyant sur des modèles théoriques issus de plusieurs disciplines, notamment la psychologie, l'anthropologie et l'épidémiologie. Les travaux du sociologue français Émile Durkheim y occupent une place centrale, témoignant de l'influence majeure de ses thèses sur les liens entre intégration sociale et bien-être.

Historiquement, Émile Durkheim fut le premier scientifique à s'intéresser aux relations existantes entre la qualité de la participation sociale et la santé des membres de la société. Dans ses travaux sur les rituels religieux (1912), Durkheim a montré combien il importait pour l'individu de se connecter régulièrement à son groupe social afin de raviver son sentiment d'appartenance. En prenant part à la vie sociale, l'individu partage les représentations culturelles qui lui permettent d'affronter le monde avec confiance et énergie. Récemment, des études empiriques inspirées par les théories de Durkheim ont démontré que les individus qui participent à des rassemblements collectifs en retirent à la fois un sentiment augmenté d'intégration sociale, un renforcement de l'estime de soi et du sentiment de bien-être, une élévation des affects positifs ainsi qu'une adhésion accrue aux croyances et valeurs partagées par le groupe social (p.ex., Bouchat et al., 2020 ; Páez et al., 2015). Les données de méta-analyses (p.ex., Bouchat et al., 2024 ; Pizarro et al., 2022) ont confirmé la cohérence et la

robustesse de ces effets suscités par la participation à des rassemblements collectifs. Toutefois, les effets de cette participation et l'énergie vitale qui en résulte s'érodent rapidement par suite de l'isolement relatif qui prévaut dans la vie quotidienne. Cette observation a conduit Durkheim (1912) à souligner que les grandes religions traditionnelles proposent à leurs adhérents une participation au rituel religieux à fréquence hebdomadaire. De cette manière, elles entretiennent la cohésion au sein du groupe et favorisent le bien-être de leurs membres. Rimé et Páez (2023) ont recensé les nombreuses avancées scientifiques récentes qui soutiennent empiriquement ces théories de Durkheim.

Dans ses travaux sur le suicide (1897), Durkheim a mis également en évidence la stabilité relative des taux de suicide d'une année à l'autre au sein d'une même société. Ce constat remettait en question les explications purement psychologiques et individuelles de cet acte, en apparence intime. Selon Durkheim, le suicide trouve principalement son origine dans le niveau d'intégration sociale du groupe. Il le considérait ainsi comme un fait social et conceptualisait le suicide anémique comme une forme de suicide étroitement liée aux bouleversements sociétaux, en particulier lors de périodes de crise. Durkheim pointait que lorsque la capacité intégratrice de la société s'érode, sa fonction régulatrice s'affaiblit, engendrant des conséquences majeures telles que l'augmentation de la violence, des maladies cardiovasculaires liées au stress et des comportements d'autodestruction, dont le suicide.

Dans leur article qui s'intitulait *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*, Berkman et al. (2000) ont formulé un modèle reliant l'intégration sociale à la santé individuelle inspiré par les théories de Durkheim. Ces auteurs proposent une explication intégrée du lien entre les structures sociales et la santé individuelle. Ils s'appuient sur une approche en cascade, où les processus macrosociaux influencent progressivement des niveaux plus spécifiques jusqu'à atteindre la santé des individus. La structure du modèle repose sur une série de niveaux interconnectés.

Les auteurs conceptualisent le **niveau macrosocial** à travers quatre facteurs structurels qui façonnent les opportunités et la qualité des relations sociales. Le premier de ces facteurs repose sur les normes et valeurs culturelles, qui s'inscrivent sur un continuum allant du collectivisme à l'individualisme. Plus une société valorise la cohésion sociale et la solidarité, plus son degré d'intégration sociale est élevé. À l'inverse, dans les contextes où l'individualisme domine, les liens sociaux tendent à être plus distendus et fragmentés.

Le deuxième facteur concerne le contexte socio-économique d'une société qui joue un rôle déterminant dans la qualité du cadre de vie qu'elle offre à ses membres. Une société prospère est plus à même de garantir un environnement sain et équitable,

favorisant ainsi l'intégration sociale et le bien-être collectif. À l'inverse, une société confrontée à des contraintes économiques et institutionnelles accentue les inégalités, exacerbant les tensions sociales et créant un terreau propice aux conflits.

Le troisième facteur cible les lois et les politiques publiques qui exercent une influence directe sur les conditions de vie des citoyens. Une gouvernance fondée sur l'inclusion sociale se traduit par la mise en place de dispositifs concrets tels que l'accès à un revenu de substitution, l'octroi d'aides au logement ou encore la garantie de soins de santé universels. Ces mesures contribuent à renforcer l'intégration sociale et à améliorer la santé de la population. À l'inverse, l'absence de soutien institutionnel tend à accentuer les inégalités et à aggraver l'isolement des individus les plus vulnérables.

Le quatrième et dernier facteur concerne la gestion des crises qui se situe principalement à l'échelle sociétale, et ce qu'il s'agisse de crises économiques (p. ex., la crise des subprimes de 2008), sanitaires (p. ex., la pandémie de Covid-19 en 2020), écologiques (p. ex., les inondations en province de Liège en 2021) ou géopolitiques (p.ex., la guerre en Ukraine depuis 2022). Conformément à la thèse durkheimienne sur le suicide, ces périodes d'instabilité fragilisent le contrôle social, entraînant une dérégulation des valeurs, des croyances et des normes qui, en temps ordinaire, structurent les aspirations individuelles. Ces facteurs sociétaux exercent ainsi une influence directe sur la formation et l'organisation des réseaux sociaux au sein de la société.

Le **niveau mésosocial** englobe l'ensemble des réseaux sociaux qui composent la société. Berkman et al. (2000) définissent le réseau social comme un ensemble de relations sociales structurant l'entourage immédiat d'un individu de manière égocentrique (p. 847). Ainsi, le concept de réseau social peut être assimilé à celui de groupe social, au sein duquel l'individu s'intègre. Il peut s'agir, par exemple, d'un club sportif ou d'une université, chacun de ces groupes remplissant un rôle social spécifique. Le club sportif favorise l'accès aux loisirs, tandis que l'université soutient le développement des connaissances.

Pour remplir leur mission sociétale, les groupes sociaux se structurent en fonction de divers paramètres, tels que leur taille, leur densité, leur degré d'homogénéité ainsi que leur degré de proximité et d'accessibilité pour les membres. À ce cadre structurel s'ajoutent les caractéristiques des liens sociaux eux-mêmes : la fréquence des interactions, leur durée, le degré d'intimité qu'elles impliquent, la réciprocité des échanges, ainsi que les rôles sociaux tenus par chacun au sein du réseau. La configuration de ces réseaux sociaux détermine leur capacité à remplir les fonctions sociales qui leur sont attribuées. Une fois cette structure établie, elle influence la santé des individus à travers plusieurs mécanismes essentiels.

Les auteurs identifient cinq grands mécanismes psychosociaux qu'ils situent au **niveau microsocial** de leur modèle. Le premier concerne les opportunités de contact en face-à-face offertes par le groupe social. Ces interactions, essentielles à la socialisation et au maintien des liens interpersonnels, sont façonnées par les caractéristiques structurelles définies au niveau mésosocial.

Le deuxième mécanisme identifié cible l'accès à certaines ressources et bien matériels réservé uniquement aux membres du réseau social. Un sportif n'a accès aux infrastructures mises à disposition par le club de sport que par une adhésion formelle à ce dernier. De la même manière, l'université réserve l'accès à ses bibliothèques qu'à ses étudiants et chercheurs.

Le support social est le troisième mécanisme proposé par les auteurs. Le réseau social apporte son soutien lorsqu'un membre du groupe se trouve en difficulté. Ce support peut prendre la forme d'un soutien émotionnel (p.ex., écoute bienveillante et recadrage de l'expérience par le coach lors d'une défaite) ou d'une aide instrumentale (p.ex., assistance matérielle et financière par la mise à disposition de logiciel informatique ou l'octroi de bourse d'étude).

Cette aide se concrétise également par des conseils avisés. Ce faisant, le groupe influence le comportement de ses membres. Cette pression sociale contraint de manière plus ou moins évidente les membres du groupe à agir de manière cohérente avec les normes véhiculées au sein du groupe. Le quatrième mécanisme psychosocial est donc cette influence sociale qui agit sur la santé des membres en prônant des comportements sains (p.ex., pratique d'une activité physique) et/ou des comportements à risques (p.ex., binge drinking). La compliance à ces comportements souhaités par le groupe renforce l'adhésion du membre obéissant qui dès lors jouit d'une plus grande protection de la part du groupe.

Le dernier mécanisme intégré dans le modèle est l'engagement social. Pour que le réseau social soit fonctionnel, le groupe va proposer à certains de ses membres de s'y engager activement. Un joueur peut se voir proposer un rôle d'entraîneur tout comme un chercheur peut être chargé de donner l'un ou l'autre cours lié à son expertise. Selon Berkman et al. (2000), en acceptant ses propositions, le membre s'engage dans des rôles sociaux chargés de sens et par conséquent renforce son attachement au groupe social. Par ces cinq mécanismes psychosociaux, le réseau social influence la santé en empruntant trois chemins parallèles.

Le modèle liant l'intégration sociale à la santé se termine au **niveau individuel** dans lequel des processus comportementaux, psychologiques et physiologiques conduisent à la santé.

La voie comportementale renvoie à l'adoption, par l'individu, des comportements valorisés au sein de son groupe social. Les auteurs distinguent plusieurs types de

comportements : ceux favorisant la santé (p. ex., une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'une activité physique, l'adhésion aux traitements médicaux), ceux présentant des risques (p. ex., la consommation de tabac et d'alcool) ainsi que les comportements de recours à l'aide en cas de besoin. L'ensemble de ces conduites exerce à terme une influence, positive ou négative, sur l'état de santé de l'individu.

La voie psychologique englobe des processus tels que l'estime de soi (renforcement de la valeur personnelle à travers des relations bienveillantes), le sentiment d'efficacité personnelle (conviction de pouvoir faire face aux imprévus) et un sens de bien-être (sentiment général de se sentir bien). L'appartenance à certains groupes sociaux peut cependant entraver le développement positif de ces processus. Dans ce cas, l'individu devient plus vulnérable à la détresse psychologique et présente un risque accru de développer des troubles tels que la dépression.

Quant à la voie physiologique, les auteurs reconnaissent avoir peiné à la concevoir de manière sérieuse faute de modèle théorique solide sur lequel se baser (p. 851). Cependant, ils mettaient en évidence les conséquences négatives d'un stress chronique engendré par le fonctionnement de certains réseaux sociaux. L'état de stress induit une augmentation du niveau de cortisol qui s'il est maintenu élevé impacte l'état de santé générale de l'individu. Ils pointaient également que l'isolement social chronique tout au long de la vie puisse produire une réponse persistante de l'axe HPA et par conséquent induire un vieillissement plus rapide. Enfin, ils plaçaient aussi dans la voie physiologique la transmission de maladies infectieuses qui par conséquent nuisent temporairement ou durablement à la santé. Les trois voies de ce dernier niveau individuel conduisent à des conséquences directes sur la santé.

En accord avec les thèses de Durkheim, le modèle de Berkman et al. (2000) met en évidence que le bien-être individuel dépend avant tout de contextes sociaux et politiques plus larges. En conceptualisant comment l'intégration sociale influence la santé, ces auteurs identifient autant de mécanismes sociaux et individuels qui peuvent faire l'objet d'une attention particulière lorsqu'il s'agit de proposer une intervention cherchant à resocialiser un patient esseulé. En ce sens, ce cadre théorique répond adéquatement aux attentes des chercheurs et cliniciens dans le domaine de la prescription sociale.

Propositions de mise à jour du modèle de Berkman

Le modèle de Berkman et al. (2000) apporte des propositions théoriques fortes et très bien soutenues par la littérature (voir la revue narrative de Fancourt et al., 2021). Cependant, de nouvelles connaissances mériteraient d'intégrer ce cadre théorique. C'est pourquoi nous envisageons cinq modifications significatives à apporter au modèle initial : (1) remplacement du terme *intégration sociale* par celui de *participation sociale*, (2) révision de l'emplacement de certaines variables, (3) ajout d'un dernier niveau

individuel comprenant la santé dans toutes ses dimensions, (4) ajout de variables émergentes pertinentes pour le travail clinique, et (5) évaluation du pouvoir d'influence de chaque mécanisme sur la santé.

Premièrement, lorsqu'il s'agit de discuter de l'impact des relations sociales sur la santé, il est courant que les chercheurs utilisent plusieurs termes de manière interchangeable. Parmi ces termes, on trouve intégration sociale, réseaux sociaux, liens sociaux ou encore participation sociale, qui se réfèrent souvent à un même construit. Cependant, cette diversité terminologique peut prêter à confusion et rendre difficile la comparaison des études et la compréhension des phénomènes sous-jacents. Ce manque de clarté dans la conceptualisation et la labellisation avait déjà été constaté par Berkman et al. (2000, p. 844). Dans le but de clarifier le débat, Levasseur et al. (2010, 2022) ont mené une scoping review afin de recenser les différentes définitions des concepts associés aux relations sociales. Au terme de ce travail de conceptualisation, le terme de 'participation sociale' a été retenu et défini comme l'implication d'une personne dans des activités qui favorisent les interactions avec d'autres membres de la société ou de la communauté (Levasseur et al., 2010, p 8). À ce jour, cette définition de la participation sociale telle que proposée par Levasseur et al. s'est très largement imposée (plus de 1 250 citations en 15 ans dont entre autres Fancourt et al., 2021 ; Piškur et al., 2014 ; Santini et al., 2020). Ainsi, dans ce qui suit, il sera dès lors question du modèle conceptuel liant la participation sociale à la santé.

Il convient de souligner que, bien que le terme de participation sociale soit explicitement mentionné dans le titre, il n'apparaît pas de manière formelle dans la structure même du modèle, laissant le lecteur dans une certaine incertitude quant à sa place théorique. En cohérence avec la conceptualisation proposée par Levasseur et al. (2010, 2022) et l'opérationnalisation du construit développée par Morton et al. (2024), la participation sociale trouve sa pertinence au niveau mésosocial du modèle. C'est en effet au sein du groupe social, une fois celui-ci intégré, que se déploie la participation sociale. Celle-ci peut alors être appréhendée à travers plusieurs dimensions : la mission sociétale de l'activité sociale (p.ex., loisir, santé, politique), la fréquence des rencontres, le nombre d'heures allouées à l'activité, ainsi que la nature du rôle social assumé par le membre.

Deuxièmement, la place du support social dans le niveau microsocial et du bien-être dans la voie psychologique est discutable. Thoits (2011) définit le support social comme l'ensemble des fonctions exercées au profit de l'individu par une autre personne significative issue d'un groupe primaire et éventuellement par les membres d'un groupe secondaire. Ce point de vue met l'accent sur le donneur du soutien qu'il soit émotionnel, informationnel ou instrumental. Ainsi, en plaçant le support social dans le niveau microsocial, les auteurs considèrent uniquement le support social *fourni* par la communauté. Or, la littérature prend également en compte le point de vue du receveur

du soutien social. Il est alors question du soutien social *perçu* (tel que le receveur prend conscience qu'il peut faire appel au groupe social) et du soutien social *reçu* (par l'action concrète de comportements de soutien par le groupe social). Selon Finch et al. (1999) et Haber et al. (2007), seul le soutien social perçu est lié de manière cohérente au bien-être et à la santé. Les travaux de Cohen (2004) proposaient la présence d'effets directs et indirects du soutien social sur la santé. D'un côté, le soutien social perçu améliore directement la santé par la réduction de la réactivité de la pression sanguine (p.ex., Fritz et al., 2003). D'un autre côté, le soutien social perçu agit comme un tampon entre l'événement stressant et la santé en améliorant le sentiment d'efficacité pour faire face à la situation (p.ex., Thoits, 1986 ; Uchino et al., 1996). C'est pourquoi nous estimons que le soutien social perçu devrait trouver sa place dans la voie psychologique et ce, sans remettre en cause la place du soutien social fourni par le groupe dans le niveau microsocial tel que proposé dans le modèle original.

Troisièmement, initialement placé dans la voie psychologique, les auteurs considéraient le sentiment de bien-être comme un médiateur entre la participation sociale et la santé. Or, le bien-être est généralement investigué comme une conséquence finale à la participation sociale (p.ex., Jetten et al., 2014 ; Loftus et al., 2017 ; Oyanedel & Páez, 2021 ; Shankar et al., 2015 ; Wakefield et al., 2019) au même titre que la santé. D'ailleurs dans la littérature sur la participation sociale, le terme 'santé' est souvent utilisé de manière générique. Il y est parfois question de bien-être mais également de qualité de vie (p.ex., Santini et al., 2020), santé mentale (p.ex., la dépression, Finch et al., 1999), santé perçue (p.ex., Thoits & Hewitt, 2001), santé physique (p.ex., Holt-Lunstad, 2018 ; Ohrnberger et al., 2017), et plus rarement d'indices objectifs de la santé (nombre de contacts avec le médecin généraliste, Kimberlee, 2013 ; médication, Loftus et al., 2017). Dans la version originale du modèle, Berkman et al. (2000) s'arrêtent aux trois voies médiatrices sans aboutir à la santé. Autrement dit, la variable d'intérêt principale est totalement absente du modèle. C'est pourquoi nous suggérons de l'élargir en ajoutant un ultime niveau individuel reprenant les différentes dimensions de la santé. Ce faisant, l'exploration des effets sur la santé pourrait être envisagée dans toutes ses dimensions subjective et objective, mentale et physique de manière cohérente et par là limiter la confusion actuelle. D'ailleurs, nous faisons l'hypothèse que la participation sociale n'influence pas toutes les dimensions de la santé de manière équivalente. Selon les thèses de Durkheim, il est fort probable que la voie psychologique soit plus influente que les voies comportementale et physiologique. Ainsi, nous nous attendons également à ce que la participation sociale impacte positivement le bien-être, un peu moins la santé perçue et fort peu la consommation en soin de santé (Costa et al., 2021 ; Grant et al., 2000).

Quatrièmement, depuis le passage au deuxième millénaire, de nouvelles variables ont attiré l'attention des chercheurs. Nous pointons trois variables pour lesquelles un

intérêt clinique est devenu manifeste : l'identité sociale, le sens de la vie et le sentiment de solitude.

Le courant Social cure fournit une littérature abondante témoignant du rôle central de l'identité sociale dans la relation entre la participation sociale et la santé (p.ex., Haslam et al., 2018 ; Jetten et al., 2012 ; Wakefield et al., 2022). Ces chercheurs valident l'hypothèse selon laquelle ce n'est que dans la mesure où l'individu s'identifie au groupe auquel il s'affilie qu'il peut prétendre à bénéficier de sa participation sociale. Ainsi, l'identité sociale doit être considérée comme un processus psychologique qui doit être déclenché au niveau de l'individu. C'est pourquoi nous faisons l'hypothèse que l'identité sociale devrait être placée comme une première étape essentielle dans la voie psychologique du modèle de Berkman et al. (2000). Cela dit, tout comme pour le support social, il revient au groupe social d'offrir l'opportunité de partager une identité sociale commune à tous ses membres. D'ailleurs, Haslam et al. (2024) insistent sur ce point lors de la sélection du groupe social à intégrer dans les interventions cliniques basées sur la participation sociale. Pour tenir compte du point de vue du donneur, l'identité sociale à *partager* trouverait sa place dans le niveau microsocial du modèle original.

La variable sens de la vie attire également l'attention des chercheurs en psychologie sociale depuis une bonne quinzaine d'années. En amont, une relation bidirectionnelle suggère que participer à la vie sociale donne du sens à la vie et inversement (Stavrova & Luhmann, 2016) et en aval qu'avoir du sens dans sa vie favorise le bien-être (King et al., 2006). Dans leur revue systématique, Roepke et al. (2014) concluaient que des niveaux élevés de sens de la vie sont clairement associés à une meilleure santé physique mais également à la mise en place de comportements sains qui auront à leur tour un impact positif sur la santé. Sur cette base empirique, nous faisons l'hypothèse que le sens de la vie trouverait également sa place dans la voie psychologique.

Enfin, le terme générique de 'détresse' placée dans la version originale de la voie psychologique gagnerait à être spécifié par l'utilisation du terme sentiment de solitude. Ce faisant, sa place dans la voie psychologique est soutenue par une littérature abondante depuis trois décennies. La solitude consiste en un sentiment subjectif qui résulte de la perception de l'absence ou de la perte de compagnonnage indépendamment du fait d'être intégré dans un groupe social ou non (Grenade & Boldy, 2008 ; Routasalo et al., 2009 ; Wenger & Burholt, 2004). La revue systématique de Holt-Lundstad et al. (2015) indiquait que le risque de mortalité augmente de 26 % dans un contexte de solitude. La méta-analyse de Leigh-Hunt et al. (2017) aboutissait aussi à une association significative entre la solitude et l'augmentation du risque de mortalité toutes causes confondues. Cela étant, ces derniers auteurs présentaient également des associations moins solides entre (a) la solitude et (b) la santé mentale et physique et les comportements de santé. En accord avec les thèses de Durkheim et la proposition de

Berkman, Cacioppo et Cacioppo (2018) considéraient également que la solitude trouve sa source à un niveau sociétal et non individuel. En lien direct avec la participation sociale, nous faisons donc l'hypothèse que le sentiment de solitude trouvera sa place dans la voie psychologique.

Cinquièmement, la dernière limite du modèle de Berkman et al. (2000) que nous souhaitons envisager vise la pondération des processus impliqués dans les trois voies médiatrices. Tels qu'initialement présenté dans le modèle original, chaque processus est considéré de manière équivalente niant *de facto* qu'ils peuvent exercer une influence différente sur la santé. Pourtant, les auteurs soutenaient implicitement que les trois voies médiatrices n'étaient pas soutenues de manière équivalente. En accord avec les thèses de Durkheim, ils laissaient sous-entendre que la voie psychologique dominerait les voies comportementale et physiologique. Lors de rassemblements collectifs, les participants rentrent chez eux plus confiants, comblés d'affects positifs, une estime de soi renforcée et des valeurs partagées plus fortes (Páez et al., 2015). Toutes ces observations correspondent à la voie psychologique. Dans ses travaux sur le suicide, Durkheim mettait bien en évidence que ce comportement ultime est plus probable aux heures sociales lorsque le sentiment de solitude est activé. Pour sa part, Cacioppo et Hawkley (2003) soutenaient également que la solitude n'agit pas sur la santé via une modification des comportements de santé mais par les voies psychologique (c.-à-d., augmentation du stress) et physiologique (c.-à-d., réactivité cardiovasculaire, détérioration de la qualité du sommeil). Ainsi, nous faisons l'hypothèse de la prépondérance de la voie psychologique par rapport aux voies comportementale et physiologique sans pour autant nier leur effet sur la santé.

Exigences pour tester le modèle actualisé de manière adéquate

Nous envisageons cinq conditions nécessaires pour tester rigoureusement la mise à jour proposée du modèle de Berkman et al. (2000). Premièrement, conformément aux thèses durkheimiennes, le niveau macrosocial doit être pris en considération, car il façonne en profondeur les opportunités d'intégration sociale et les mécanismes de régulation collective. Cela étant dit, il revient prioritairement à la sociologie d'investiguer ce niveau avec précision, en raison de la complexité des dynamiques macrosociales et de leur inscription dans des structures historiques et institutionnelles. Dans le cadre de cette recherche en psychologie, le niveau macrosocial sera considéré comme constant, dans la mesure où l'ensemble des participants évolue au sein d'un même contexte sociétal, celui de la Belgique.

Deuxièmement, Berkman et al. (2000) définissent le niveau mésosocial comme l'ensemble des réseaux sociaux structurés disponibles au sein d'une société. Ces réseaux représentent les contextes formels dans lesquels l'individu peut s'intégrer en dehors des sphères familiale et professionnelle. Pour rappel, nous proposons comme

première modification au modèle original d'y placer explicitement la participation sociale. Pour tester adéquatement ce niveau, l'étude devrait veiller à ce que la participation sociale mesurée couvre une diversité représentative de ces groupes sociaux — qu'il s'agisse d'associations culturelles, sportives, communautaires, religieuses ou éducatives. Cette approche permettrait de refléter fidèlement la richesse du tissu social et d'évaluer de manière nuancée les effets différenciés de l'intégration à ces divers contextes sur la santé.

Troisièmement, Berkman et al. (2000) considèrent que le groupe social active, de manière implicite, les mécanismes psychosociaux relevant du niveau microsocial — tels que le soutien social, l'influence sociale, l'engagement social, l'opportunité de contact en face-à-face et l'accès à certaines ressources et biens matériels. Bien que l'exploration détaillée de ces processus puisse présenter un intérêt scientifique certain, leur mesure directe ne constitue pas une priorité dans une perspective clinique, comme celle de la prescription sociale. En effet, il n'est pas question de modifier le fonctionnement du groupe social intégré mais bien de mobiliser adéquatement les processus psychologiques au niveau du patient esseulé. C'est pourquoi, dans la mesure où l'étude utilise un indicateur de participation sociale ancré dans des groupes structurés et bienveillants, il est raisonnable de postuler que les processus psychosociaux du niveau microsocial sont activés. Il n'apparaît donc pas nécessaire d'intégrer des mesures spécifiques de ce niveau dans le protocole de recherche.

Quatrièmement, bien que chacune des voies médiatrices identifiées par Berkman et al. (2000) — comportementale, psychologique et physiologique — ait reçu un certain appui empirique, aucune étude à ce jour n'a évalué simultanément l'ensemble des processus individuels proposés dans le modèle, ni comparé leur poids relatif dans la relation entre participation sociale et santé. Une telle pondération est pourtant essentielle pour hiérarchiser les mécanismes en jeu. L'étude devrait donc permettre d'identifier les cibles cliniques les plus influentes, c'est-à-dire les processus individuels les plus susceptibles d'être mobilisés lors d'interventions auprès de personnes socialement isolées, afin d'optimiser l'efficacité des programmes de prescription sociale. Par ailleurs, au sein de la voie psychologique, le courant Social Cure propose un processus en deux étapes : (1) l'activation de l'identité sociale, puis (2) la mobilisation des bénéfices liés à l'intégration au groupe.

Cinquièmement, bien que les effets bénéfiques de la prescription sociale sur le bien-être soient régulièrement observés, la littérature demeure incohérente en ce qui concerne son impact sur l'utilisation des soins de santé. Cette variabilité nuit à l'établissement de recommandations cliniques solides et à l'induction d'attentes réalistes chez les patients en situation d'isolement social. Dès lors, il apparaît essentiel que l'étude évalue de manière distincte les différentes dimensions de la santé : le bien-être subjectif, la santé perçue et le recours effectif aux soins. Une telle distinction

permettrait non seulement de clarifier les effets spécifiques de la participation sociale, mais aussi de mieux cibler les leviers d'intervention en fonction des objectifs de santé poursuivis.

Présente étude

La présente étude a pour objectif d'examiner les mécanismes médiateurs par lesquels la participation sociale influence la santé (voir Figure 1). Les résultats obtenus permettront d'actualiser le modèle de Berkman et al. (2000) à la lumière des connaissances empiriques les plus récentes. À cette fin, une série d'analyses préliminaires précédera l'évaluation du modèle global, lequel sera testé à l'aide de la modélisation par équations structurelles (SEM). Ces analyses préliminaires poursuivront trois objectifs : (a) comparer les profils de participation sociale afin d'identifier les variables significativement différenciées selon le niveau de participation ; (b) évaluer la force des associations entre l'ensemble des variables retenues en vue de leur intégration dans le modèle ; et (c) tester les effets directs et indirects pour ne conserver que les relations statistiquement et théoriquement pertinentes. Le modèle ainsi généré sera ensuite confronté à trois modèles alternatifs plus parcimonieux, afin d'évaluer la pertinence de conserver certaines composantes structurelles.

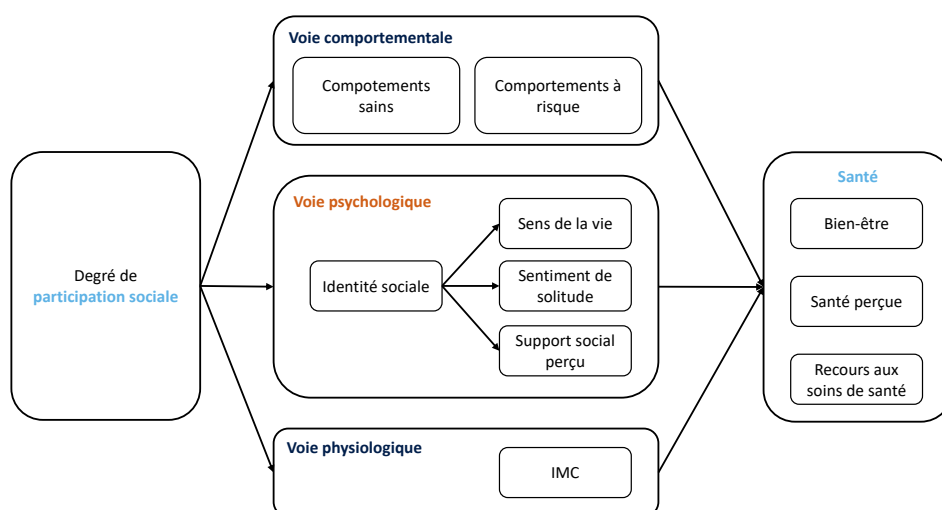


Figure 1. Partie modifiée du modèle de Berkman qui sera testée dans cette étude

Méthode

Procédure

Nos données proviennent d'une enquête sur les bénéfices de la participation sociale pour le bien-être et la santé menée en collaboration avec la Mutualité Chrétienne. Il s'agit d'une des plus grandes caisses de sécurité sociale et d'assurance maladie de Belgique. Elle offre à ses 4.6 millions d'affiliés des prestations et des services basés sur la solidarité et se bat pour des soins de qualité accessibles à tous. Son service juridique a veillé au respect des aspects éthiques de l'enquête. Le questionnaire sur lequel repose notre étude a été distribué en ligne à tous les affiliés figurant sur leur liste de diffusion, et ce entre le 6 novembre 2017 et le 8 janvier 2018. Les données relatives aux soins de santé reçus par les participants n'ont été disponibles pour nos analyses que dans le courant de l'année 2021.

Participants

Pour les besoins de cette étude, seuls les répondants ayant donné leur accord pour l'utilisation de leurs données en soin de santé et ayant complété le questionnaire jusqu'à son terme étaient retenus. Dans l'échantillon initial ($N = 16\,981$), le processus de sélection a identifié les 4 988 répondants correspondant aux critères d'inclusion (voir Figure 2). L'échantillon final se décrit par un âge moyen de 59.43 ans ($ET = 15.487$; $min = 19$; $max = 87$), 54.2 % des répondants étaient des femmes, 25.1 % vivaient seuls et 12.6 % avaient bénéficié de remboursements de soins de santé plus élevés pendant au moins une année sur la période précédant l'enquête de 2014-2018.

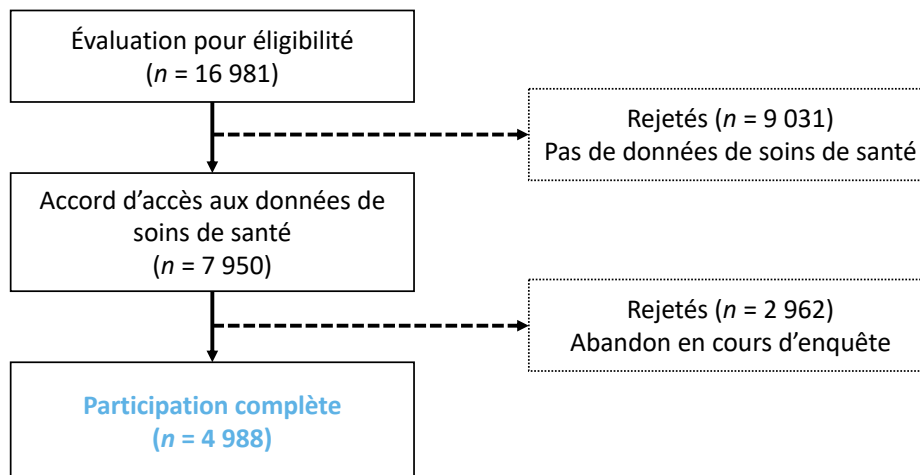
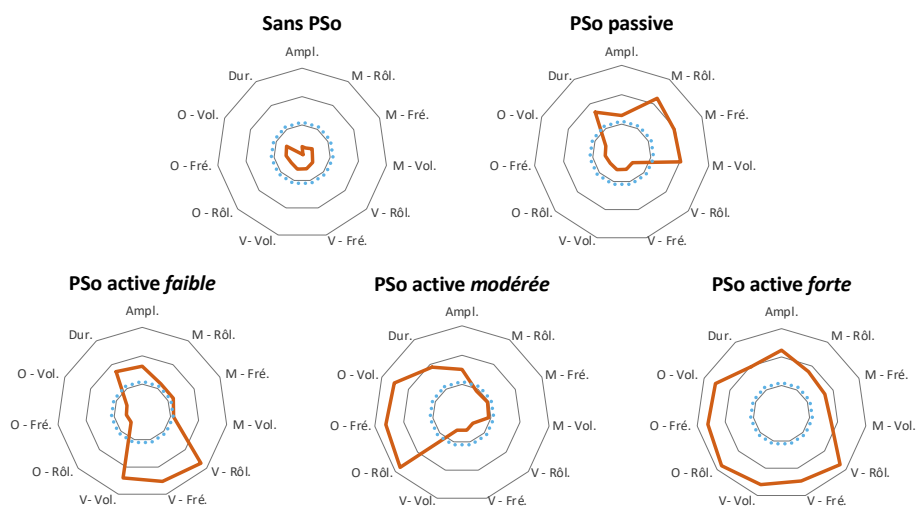


Figure 2. Processus de sélection des répondants à inclure dans l'étude

Mesures

L'enquête comportait 34 questions, dont 13 échelles à items multiples. L'ensemble de l'enquête a été traduit dans les deux langues nationales (français et néerlandais) par l'équipe d'interprétation de la Mutualité Chrétienne. Les mesures extraites de la base de données pour répondre à la question de recherche correspondaient à (a) la participation sociale, (b) le fonctionnement psychosocial, (c) les comportements de santé, et (b) la santé perçue. Dans l'enquête, les taux de données manquantes variaient de 0.1 % à 1.9 %. Selon le type de variable, la moyenne ou le mode était utilisé pour remplacer la donnée manquante. En plus des variables de l'enquête, des données sur la consommation de soins de santé (c'est-à-dire le nombre de contacts avec des médecins généralistes et la consommation de médicaments) pour l'année qui a suivi l'enquête étaient fournies par la Mutualité Chrétienne.

Participation sociale (PSo). Le Social Participation Index (Morton et al., 2024) a été utilisé pour évaluer les quatre dimensions du construit (c.-à-d., ampleur, rôle social, intensité, et durée). Ces six items ont été utilisés pour générer des profils de participation sociale présentés dans la Figure 3.



Note. Ampl. = ampleur; M = membre; V = volontaire; O = organisateur; Eng. = engagement; Fré. = fréquence; Vol. = volume horaire; Dur. = durée. Les lignes en pointillé réfèrent la moyenne de l'échantillon en sachant qu'il s'agit de scores-z. Les lignes pleines réfèrent les moyennes spécifiques à chaque profil.

Figure 3. Les cinq profils de participation sociale (PSo)

Les cinq profils de participation sociale identifiés correspondaient à ceux attendus dans les recommandations du Social Participation Index (Morton et al., 2024), à savoir : (a) *sans participation sociale*, les répondants n'étaient actuellement membres d'aucun groupe social en dehors des sphères professionnelle et familiale ; (b) *participation sociale passive*, les répondants étaient membres d'un ou plusieurs groupes sociaux parce qu'ils participaient aux activités proposées ; (c) *participation sociale active faible*, les répondants apportaient une aide concrète à la mise en œuvre des activités proposées par le groupe social telle que le volontariat ; (d) *participation sociale active modérée*, les répondants participaient à l'organisation des groupes sociaux auxquels ils appartenaient ; (e) *participation sociale active forte*, les répondants endossaient simultanément les trois rôles sociaux de membres, volontaires et organisateurs.

La pertinence des mesures utilisées pour le profilage a été évaluée par des ANOVAs (voir Tableau 1). Des effets significatifs importants de l'appartenance à l'un ou l'autre profil de participation sociale ont été observés pour chaque dimension utilisée (c'est-à-dire l'ampleur, le rôle social, l'intensité et la durée) pour mesurer le construit. Ces résultats solides plaident en faveur de l'utilisation des six items du Social Participation Index dans les analyses de profilage. En ce qui concerne les variables démographiques, les ANOVAs ont révélé des différences significatives entre les profils. Les répondants du profil *sans participation sociale* étaient légèrement plus jeunes, plus isolés et plus pauvres. Il y avait plus de femmes dans les deux profils *participation sociale passive* et *active faible* et plus d'hommes dans les deux profils *participation sociale active modérée* et *forte*. En conséquence, pour les analyses suivantes, ces quatre variables démographiques seront introduites comme variables contrôle. Le codage des profils (0 = sans PSo ; 1 = PSo passive ; 2 = PSo active faible ; 3 = PSo active modérée ; 4 = PSo active forte) transforme le score en une variable ordinale qui pourra être utilisée dans un format booléen dans les analyses de régression, médiation et de modélisation par équations structurales (SEM).

Comportements de santé. Un questionnaire de 10 items développée par la Mutualité Chrétienne a été utilisé pour mesurer (a) trois comportements sains dont le contrôle du poids (1 item), le contrôle de l'alimentation (4 items, Cronbach's $\alpha = .734$), et la pratique d'une activité physique régulière (3 items, Cronbach's $\alpha = .537$), ainsi que (b) deux comportements à risque dont consommation d'alcool et tabagisme. Ces cinq scores seront traités séparément dans les analyses. Bien que ce questionnaire n'ait jamais été validée de manière formelle, elle avait le mérite de reprendre tous les éléments de la voie comportementale proposés par Berkman et al. (2000). Le format Likert incluait une échelle de réponse à 5 points allant de *jamais* à *toujours*.

Identité sociale (ISo). Le pictogramme des cinq cercles de Swann et al. (2012) a été utilisé pour évaluer l'expérience de la fusion de groupe (c'est-à-dire l'identité sociale avec les autres participants). Cinq images montraient divers degrés de chevauchement

entre deux cercles représentant respectivement le « soi » et le « groupe ». La réponse était codée de 1 = *pas de chevauchement* à 5 = *chevauchement complet* (voir Figure 4).

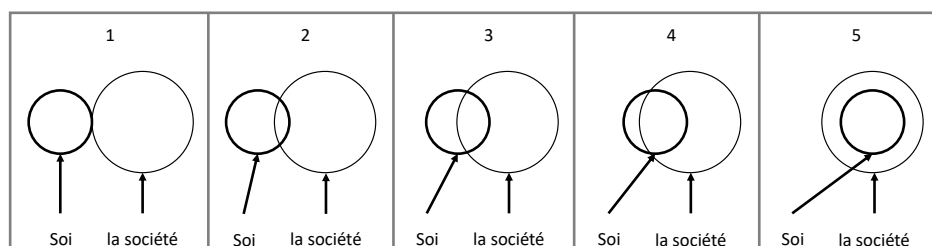


Figure 4. Item Inclusion du Soi dans l'Autre de Swann et (2012)

Sens de la vie (SV). Le Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006) était réduit aux quatre items de la dimension *Présence* et évaluait le sens subjectif que l'individu donne à sa vie (Je comprends le sens de ma vie, Je sais dire ce qui fait que ma vie a du sens, J'ai découvert une raison de vivre qui me satisfait, Ma vie n'a pas de but précis). L'alpha de Cronbach était de .823.

Support social perçu (SSP). Nous avons demandé aux répondants d'évaluer en trois items s'ils avaient le sentiment d'avoir (a) suffisamment de personnes dans leur entourage pour fournir (b) du support matériel et (c) du support émotionnel s'ils en ressentaient le besoin. L'alpha de Cronbach était de .830.

Sentiment de solitude (SS). Les répondants recevaient les trois items de la Short Scale for Measuring Loneliness (Hugues et al., 2004) pour évaluer leur sentiment de solitude général (*Je sens que je manque de compagnie, Je me sens abandonné, Je me sens isolé des autres*). Cette échelle mesure assez bien la solitude globale malgré son format très court. L'alpha de Cronbach était de .872.

Indice de Masse Corporelle (IMC). Les problématiques de santé associées à un IMC trop élevé, tel que l'obésité, ou trop faible, comme le sous-poids, justifient l'utilisation de cet indicateur comme une mesure pertinente de l'état physiologique général. Dans le cadre de cette étude, l'IMC a été calculé à partir des données auto-déclarées relatives au poids et à la taille des participants, en appliquant la formule standard : poids/taille².

Bien-être (BE). Le Pemberton Happiness Index (Hervas & Vázquez, 2013) était réduit aux 11 items de la dimension *Bien-être mémorisé* et examinait le bien-être social, hédonique, eudémonique et général qui ont été réduits en un score moyenné. L'alpha de Cronbach étant de .895.

À l'exception de l'indicateur de l'identité sociale, le format Likert a été uniformisé à travers le questionnaire en utilisant une échelle à 5 points allant de 0 = *fortement en désaccord* à 1 = *fortement d'accord*.

Santé perçue (SP). Il s'agit d'un score composé de trois items évaluant (a) la santé perçue générale sur une échelle Likert allant de 1 = *très mauvaise* à 5 = *très bonne*, (b) la présence (= 1) ou l'absence (= 0) d'une maladie chronique, et (c) une potentielle perte d'autonomie liée à un problème de santé sur une échelle à trois niveaux de 0 = *pas de limitation du tout* à 2 = *très limité*.

Recours aux soins de santé (RSS). Le recours aux soins s'est intéressé plus spécifiquement aux contacts avec le médecin généraliste et à la consommation de médicaments remboursés totalement ou partiellement par la Mutualité Chrétienne pour l'année 2018 (c'est-à-dire l'année qui suivait l'enquête). La variable Nombre de contacts avec le médecin généraliste totalisait l'ensemble des consultations et des visites à domicile effectuées par le MG. La variable Consommation annuelle de médicaments indiquait la consommation annuelle totale de tous les types de médicaments au format universel DDD (Defined Daily Dose¹). La DDD est définie comme la dose d'entretien moyenne estimée par jour pour un médicament utilisé chez l'adulte dans son indication principale. En Belgique, le système de soin de santé est performant. L'affiliation à un organisme d'assurance maladie y est obligatoire. La plupart des soins faisant l'objet d'un remboursement au moins partiel, chaque membre déclare ses dépenses en soin de santé de manière quasi exhaustive. En ce sens, les données fournies par la Mutualité Chrétienne sont représentatives de la consommation réelle et indirectement de la santé des répondants. La corrélation entre ces deux variables était élevée ($r = .435$) et l'analyse en composantes principales (ACP) révélait la présence d'une composante unique avec des valeurs propres (eigenvalues) supérieures à 1, expliquant 71.76 % de la variance. Ces résultats de l'ACP soutenaient l'agrégation des deux variables en un score factoriel.

Résultats

L'objectif de cette étude était de vérifier empiriquement le dernier niveau du modèle de Berkman et al. (2000) et plus précisément les trois voies médiatrices par lesquelles la participation sociale influence la santé de l'individu (comportementale, psychologique et physiologique). Pour ce faire, cette étude a recouru à des comparaisons de modèles par équations structurelles (SEM). Cette technique d'analyse statistique se base sur des considérations théoriques solides pour assurer la causalité des relations et favorise la parcimonie du modèle. Des analyses préliminaires ont été

¹ La DDD est attribuée par un groupe d'experts de l'OMS pour chaque substance active incluse dans la classification internationale ATC des substances actives (Le IRS., 2001).

menées afin de sélectionner les variables les plus influentes du modèle de Berkman et al. (2000) et de définir l'ordre des variables dans la séquence de médiation au sein de la relation entre participation sociale et santé. Toutes les analyses préliminaires ont été réalisées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 28. Les SEM ont été réalisées avec la version 3.6.1 de *R* et le package lavaan 0.6-7.

Analyses préliminaires

L'objectif des analyses préliminaires était de construire le modèle le plus parcimonieux possible à tester par les SEM. Cette construction s'est déroulée en trois étapes successives : (1) les analyses comparatives ont permis d'identifier les variables sur lesquelles le degré de participation sociale exerce un pouvoir discriminant ; (2) les analyses de régression ont évalué l'intensité des relations entre les variables sélectionnées afin de déterminer leur proximité et d'établir la séquence de médiation ; enfin (3) les analyses de médiation ont permis d'identifier les effets directs devenus suffisamment faibles pour être retirés du modèle.

Étape 1: Comparaisons des profils de participation sociale (PSo). Les cinq profils de participation sociale (PSo) identifiés ont été comparés sur l'ensemble des variables d'intérêt en vue de sélectionner les variables les plus influentes à introduire dans le modèle à tester. Conformément au modèle de Berkman et al. (2000), nous anticipions des associations positives entre (a) la participation sociale et (b) les comportements sains, le fonctionnement psychologique, le bien-être et la santé perçue, ainsi que des associations négatives avec les comportements à risque, le sentiment de solitude, l'IMC et le recours aux soins de santé. À l'inverse, nous nous attendions à des tendances opposées chez les personnes n'ayant aucune participation sociale. Selon le point de vue classique de Durkheim (1912), la voie psychosociale devrait mieux expliquer la relation entre la participation sociale et la santé que les voies comportementale et physiologique. Par ailleurs, selon l'hypothèse Social cure, une participation sociale plus active devrait renforcer l'identification de l'individu à son groupe social, ce qui se traduirait par des niveaux d'association plus marqués. Le Tableau 1 présente les statistiques descriptives des variables d'intérêt pour chaque profil ainsi que les résultats des analyses de variance (ANOVAs).

Tableau 1. Statistiques descriptives de toutes les variables et résultats des ANOVAs

Variables indépendantes		Total	Sans PSo	PSo passive	PSo active faible	PSo active modérée	PSo active forte				
Profils de participation sociale		codés	0	1	2	3	4				
		N (%)	4988 (100)	1852 (37.1)	1115 (22.4)	734 (14.8)	662 (13.3)	625 (12.4)			
		Étendue	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	Modèle		
									F (4, 4983)	p	η ²
Variables du clustering											
Ampleur		0 - 9	1.30 (1.367)	0.13 (.022)	1.56 (.029) a	2.03 (.035) a,b	1.86 (.037) a,b,c	2.86 (.038) a,b,c,d	1 289.94	<.001	.509
Comme membre											
	Rôle social	0 - 1	0.44 (0.496)	0.00 (.007)	1.00 (.009) a	0.49 (.011) a,b	0.35 (.012) a,b,c	0.76 (.012) a,b,c,d	2 170.96	<.001	.635
	Fréquence	0 - 6	1.15 (1.627)	0.00 (.029)	2.56 (.038) a	1.31 (.047) a,b	0.91 (.049) a,b,c	2.10 (.050) a,b,c,d	825.65	<.001	.399
	Volume horaire	0 - 8	1.20 (1.615)	0.00 (.028)	2.71 (.036) a	1.31 (.044) a,b	0.91 (.046) a,b,c	2.26 (.048) a,b,c,d	1 059.13	<.001	.460
Comme volontaire											
	Rôle social	0 - 1	0.55 (0.891)	0.00 (.002)	0.00 (.002)	2.00 (.003) a,b	0.01 (.003) c	2.00 (.003) a,b,d	204 672.91	<.001	.994
	Fréquence	0 - 6	0.83 (1.585)	0.00 (.019)	0.00 (.024)	3.10 (.030) a,b	0.00 (.032) c	3.00 (.033) a,b,c,d	3 475.44	<.001	.736
	Volume horaire	0 - 8	0.79 (1.508)	0.00 (.018)	0.00 (.024)	2.75 (.029) a,b	0.00 (.031) c	3.04 (.031) a,b,c,d	3 337.18	<.001	.728
Comme organisateur											
	Rôle social	0 - 1	1.04 (1.755)	0.00 (.004)	0.02 (.006)	0.02 (.007) a	4.00 (.007) a,b,c	4.00 (.008) a,b,c	107 960.58	<.001	.989
	Fréquence	0 - 6	0.88 (1.672)	0.00 (.017)	0.00 (.022)	0.00 (.027)	3.42 (.029) a,b,c	3.42 (.030) a,b,c	5 060.17	<.001	.802
	Volume horaire	0 - 8	0.77 (1.522)	0.00 (.018)	0.00 (.024)	0.00 (.029)	2.95 (.031) a,b,c	3.00 (.032) a,b,c	3 361.19	<.001	.730
Durée		0 - 6	3.20 (2.641)	0.14 (.027)	4.70 (.035) a	4.83 (.043) a,b	5.29 (.045) a,b,c	5.50 (.047) a,b,c,d	5 156.09	<.001	.805
Variables médiatrices potentielles											
Voie comportementale									F (4, 4979)	p	η ²
	Tabagisme	0 - 4	3.60 (1.136)	3.45 (.026)	3.70 (.034) a	3.66 (.041) a	3.66 (.044) a	3.69 (.045) a	12.451	<.001	.010
	Consommation d'alcool	0 - 4	2.81 (1.248)	2.87 (.028)	2.80 (.036)	2.81 (.044)	2.75 (.047) a	2.69 (.048) a	3.327	.010	.003
	Contrôle de l'alimentation	0 - 16	10.75 (2.802)	10.57 (.062)	10.96 (.079) a	10.87 (.098) a	10.91 (.103) a	10.58 (.106) b,c,d	5.619	<.001	.004
	Activité physique	0 - 12	4.72 (2.637)	3.90 (.059)	5.36 (.076) a	5.25 (.094) a	4.96 (.099) a,b,c	5.15 (.102) a	78.816	<.001	.060
	Contrôle du poids	0 - 4	2.66 (1.145)	2.59 (.027)	2.72 (.034) a	2.71 (.042) a	2.75 (.045) a	2.63 (.046)	3.714	.005	.003

Note. Utilisation des scores moyens estimés selon l'âge, le sexe, l'isolement et le niveau de pauvreté comme variables contrôles.

a Statistiquement significatif en comparaison avec le profil Sans PSo ($p > .05$); b Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo passive ($p > .05$);

c Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo active faible ($p > .05$); d Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo active modérée ($p > .05$).

Participation sociale et santé

Tableau 1. Statistiques descriptives de toutes les variables et résultats des ANOVAs (continue)

Variables indépendantes			Total	Sans PSo	PSo passive	PSo active faible	PSo active modérée	PSo active forte				
Profils de participation sociale			codés	0	1	2	3	4				
			N (%)	4988 (100)	1852 (37.1)	1115 (22.4)	734 (14.8)	662 (13.3)	625 (12.4)			
			Étendue	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	Modèle		
										F (4, 4983)	p	η^2
Voie psychologique												
	Identité sociale	0 - 4	2.26 (1.023)	1.97 (.023)	2.23 (.029) a	2.37 (.036) a,b	2.56 (.038) a,b,c	2.70 (.039) a,b,c,d	2.70 (.039) a,b,c,d	88.638	< .001	.066
	Sens de la vie	0 - 16	10.94 (3.157)	10.34 (.071)	10.91 (.091) a	11.26 (.112) a,b	11.68 (.119) a,b,c	11.66 (.122) a,b,c	11.66 (.122) a,b,c	37.891	< .001	.030
	Support social perçu	0 - 12	8.15 (2.622)	7.67 (.059)	8.23 (.076) a	8.40 (.093) a	8.58 (.099) a,b	8.74 (.101) a,b,c	8.74 (.101) a,b,c	31.488	< .001	.025
	Sentiment de solitude	0 - 12	3.19 (3.069)	3.87 (.067)	3.20 (.087) a	2.89 (.107) a,b	2.45 (.113) a,b,c	2.34 (.116) a,b,c	2.34 (.116) a,b,c	50.678	< .001	.039
Voie physiologique												
	IMC	13.17 - 61.27	26.18 (4.630)	26.30 (.106)	26.03 (.136)	26.20 (.168)	25.88 (.177) a	26.35 (.182)	26.35 (.182)	1.581	.176	.001
Variables dépendantes												
	Bien-être	0 - 44	30.99 (7.037)	29.36 (.155)	31.21 (.200) a	31.49 (.246) a	32.66 (.260) a,b,c	33.03 (.267) a,b,c	33.03 (.267) a,b,c	53.020	< .001	.041
	Santé perçue	-2.68 - 1.19	0.00 (1.000)	-0.22 (.022)	0.10 (.029) a	0.09 (.035) a	0.19 (.037) a,c	0.18 (.038) a	0.18 (.038) a	40.733	< .001	.032
	Médecin généraliste	0 - 54	5.50 (5.065)	5.92 (.114)	5.61 (.146)	5.21 (.180) a	5.04 (.191) a,b	4.91 (.196) a,b	4.91 (.196) a,b	7.744	< .001	.006
	Médication	0 - 9	171.35	869.73 (1 007.390)	985.19 (21.517)	824.70 (27.659) a	798.13 (34.076) a	794.74 (36.049) a	771.46 (36.960) a	11.721	< .001	.009
	Index de soin de santé	-1.15 - 7.87	0.00 (1.000)	0.12 (.022)	-0.01 (.028) a	-0.08 (.034) a	-0.10 (.036) a	-0.13 (.037) a,b	-0.13 (.037) a,b	13.134	< .001	.010
Variables contrôles potentielles												
	Âge	19 - 87	59.43 (15.487)	58.37 (.359)	59.71 (.463) a	59.72 (.571) a	61.21 (.601) a,b	59.82 (.619) a	59.82 (.619) a	4.642	< .001	.004
	Sexe (% femmes)	1 - 2	54.2%	54.0	60.7 a	61.4 a	42.4 a,b,c	47.0 a,b,c	47.0 a,b,c	$\chi^2 = 84.369$	< .001	
	Isolement (%vivant seul)	0 - 1	25.1%	26.8	25.7	29.0	18.0 a,b,c	21.4 c	21.4 c	$\chi^2 = 31.562$	< .001	
	Pauvreté	0 - 5	0.49 (1.384)	0.68 (.032)	0.42 (.041) a	0.49 (.051) a	0.25 (.053) a,b,c	0.26 (.055) a,b,c	0.26 (.055) a,b,c	19.323	< .001	.015

Note. Utilisation des scores moyens estimés selon l'âge, le sexe, l'isolement et le niveau de pauvreté comme variables contrôles.

a Statistiquement significatif en comparaison avec le profil Sans PSo ($p > .05$); b Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo passive ($p > .05$);

c Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo active faible ($p > .05$); d Statistiquement significatif en comparaison avec le profil PSo active modérée ($p > .05$).

Dans un premier temps, la significativité globale des modèles ainsi que la part de variance expliquée par ces profils ont été évaluées afin d'identifier les variables d'intérêt pour lesquelles les profils PSo seraient discriminants. Dans les trois dernières colonnes du Tableau 1, les ANOVAs ont montré des différences significatives entre les profils PSo pour toutes les variables d'intérêt à l'exception de l'IMC. Les tailles d'effet étaient modérées à élevées pour les variables de la voie psychologique [support social perçu, $\eta^2 = .025$; identité sociale, $\eta^2 = .066$], ainsi que pour l'activité physique ($\eta^2 = .060$), le bien-être ($\eta^2 = .041$) et la santé perçue ($\eta^2 = .032$). Par contre, elles étaient trop faibles pour les autres comportements sains et à risque ($\eta^2 < .010$). Par conséquent, la voie comportementale ne permet pas d'expliquer les légères différences observées dans la consommation des soins de santé ($\eta^2 = .010$). Ces premiers résultats sont venus appuyer l'hypothèse durkheimienne, en soulignant une influence plus marquée de la voie psychologique par rapport aux voies comportementale et physiologique.

Les comparaisons entre les profils soutenaient les deux autres hypothèses. Le profil *sans PSo* était systématiquement différent des autres profils (voir les ^a dans les comparaisons du Tableau 1). Les répondants dépourvus de participation sociale ont fait état d'un plus grand sentiment de solitude, d'un fonctionnement psychologique et d'une santé perçue de moindre qualité, ainsi que d'un recours plus important aux soins de santé que les répondants rapportant une participation sociale.

Pour les quatre profils *avec PSo*, des résultats différents étaient observés selon qu'il s'agissait des variables de la voie comportementale, psychologique ou de la santé. Sur le plan des comportements de santé, la seule différence significative observée concernait l'activité physique. Les individus assumant un rôle d'organisateur déclarent, en moyenne, un niveau de pratique de l'activité physique inférieur à celui des trois autres profils engagés socialement. En dehors de cette distinction, le degré de participation sociale ne semble pas exercer d'influence notable sur les autres comportements de santé ou à risque. Compte tenu de la faiblesse des effets observés, il a été décidé de ne pas approfondir l'analyse des comportements de santé dans les phases suivantes de l'étude. Néanmoins, l'activité physique a été introduite comme variable contrôle afin de prendre en compte son impact potentiel dans les modèles analytiques ultérieurs.

Pour les variables de la voie psychologique, une association forte était observée entre le degré de participation sociale et l'identité sociale (voir les ^{a, b, c, d} dans la comparaison du Tableau 1). Plus les répondants étaient engagés socialement, plus ils rapportaient un degré élevé d'identité sociale. De ce fait, en accord avec l'hypothèse Social cure, il était attendu une association forte avec les trois autres variables psychologiques. L'effet dose-répondant espéré – selon lequel des niveaux plus élevés de participation sociale seraient associés à des bénéfices accrus – a été observé jusqu'au degré de la participation sociale active modérée (voir les ^{a, b, c} dans les comparaisons du

Tableau 1). Au-delà de ce seuil, les effets positifs de la participation sociale tendaient à se stabiliser (absence de ^d dans les comparaisons du Tableau 1), suggérant une forme de plafonnement dans la relation entre intensité de l'engagement social et les bénéfices associés.

Quant aux variables de santé, le même effet dose-répondant plafonné au niveau PSo active modérée était observé pour le bien-être et dans une moindre mesure pour la santé-perçue. Pour la suite des analyses, l'index de santé (calculé à partir du nombre de contact avec un médecin généraliste et de la médication) sera préféré aux deux variables de consommation en soin de santé prises séparément. Ce choix se justifiait par la distribution asymétrique positive des variables *médecin généraliste* ($M = 5.50$; $ET = 5.065$; $\eta^2 = .006$) et *médication* ($M = 869.73$; $ET = 1\ 007.390$; $\eta^2 = .009$) car de manière générale, la très grande majorité des personnes ne consomment pas ou peu les soins de santé et qu'à l'autre extrémité de la distribution, il y a de moins en moins de personnes très malades ayant un recours aux soins de santé exceptionnellement élevé.

En conclusion, ces analyses comparatives ont soutenu nos trois premières hypothèses. Conformément aux travaux de Durkheim, la voie psychologique apparaît comme la plus déterminante. Dans cette perspective, Berkman et al. (2000) soulignaient déjà que la voie comportementale n'expliquerait qu'une faible part de la relation entre l'intégration sociale et la morbidité ou la mortalité (p. 850). Par ailleurs, les effets attendus en termes de fonctionnement psychologique et de santé sont observés. Enfin, en accord avec le courant Social cure, l'identité sociale semble jouer un rôle central en médiant le lien entre la participation sociale et les bénéfices escomptés.

Étape 2: Régressions bivariées entre chaque paire de variables sélectionnées à l'étape 1. Il a été décidé de réaliser des analyses de régression par paire de variables sélectionnées à l'étape 1 afin d'évaluer la force de ces relations. Ces résultats serviront à modéliser la relation entre la participation sociale et la consommation de soins de santé. Nous partons du principe que l'amplitude de la pente entre deux variables déterminera leur proximité au sein du modèle : plus la pente sera marquée, plus les variables seront considérées proximales et inversement. Les résultats des régressions sont présentés dans le Tableau 2.

Dans un premier temps, l'évaluation de la qualité des modèles a révélé que l'ensemble des relations entre variables (voir les colonnes Modèle du Tableau 2) étaient significatives au seuil de $p < .001$, indiquant une bonne adéquation globale. Les taux de variance expliquée dans chaque relation ont été vérifiés par groupe de variables. Il en ressort que les taux de variance expliquée par la variable indépendante (R^2 change) étaient, de manière générale, plus faibles lorsqu'il s'agissait de la consommation de soins de santé [$R^2_{SSP-CSS} = .001$; $R^2_{SP-CSS} = .137$] comparativement aux autres variables [$R^2_{PSo-SP} = .011$; $R^2_{SV-BE} = .374$]. Ces premières observations indiquent une rupture entre

d'un côté les variables psychosociales très liées entre elles et de l'autre côté, les variables de santé. Ces résultats soutiennent notre proposition d'ajouter au modèle original un dernier niveau individuel reprenant uniquement les dimensions de la santé. L'analyse des coefficients standardisés a ensuite permis d'évaluer la pertinence d'inclure les relations dans le modèle à tester. Ainsi, toutes les pentes se sont avérées hautement significatives, témoignant de leur contribution respective, à l'exception de la relation entre le soutien social perçu et la consommation en soin de santé ($\beta = -.034$, $p = .010$). Les valences des pentes étaient conformes aux attentes, c'est-à-dire négatives pour le sentiment de solitude et la consommation en soin de santé, mais positives pour les autres variables d'intérêt.

Tableau 2. Régressions entre toutes les variables sélectionnées à l'étape 1

VI	VD	Modèle			Coefficients standardisés		
		F	p	R ² change	Beta	t	p
Participation sociale							
	Identité sociale	104.004	<.001	.111 (.052)	.232	17.008	<.001
	Sens de la vie	96.650	<.001	.104 (.018)	.136	9.913	<.001
	Support social perçu	79.191	<.001	.087 (.015)	.127	9.172	<.001
	Sentiment de solitude	137.879	<.001	.142 (.024)	-.160	-11.911	<.001
	Bien-être	158.099	<.001	.160 (.022)	.151	11.348	<.001
	Santé perçue	141.954	<.001	.146 (.011)	.108	8.024	<.001
	Consommation en soin de santé	171.997	<.001	.172 (.004)	-.065	-4.894	<.001
Identité sociale							
	Sens de la vie	196.042	<.001	.191 (.104)	.333	25.357	<.001
	Support social perçu	182.473	<.001	.180 (.109)	.340	25.679	<.001
	Sentiment de solitude	285.759	<.001	.256 (.138)	-.383	-30.405	<.001
	Bien-être	368.010	<.001	.307 (.169)	.424	34.844	<.001
	Santé perçue	174.883	<.001	.174 (.039)	.204	15.339	<.001
	Consommation en soin de santé	171.358	<.001	.171 (.003)	-.061	-4.556	<.001
Sens de la vie							
	Support social perçu	263.001	<.001	.241 (.169)	.430	33.286	<.001
	Sentiment de solitude	390.812	<.001	.320 (.202)	-.470	-38.476	<.001
	Bien-être	873.567	<.001	.513 (.374)	.640	61.871	<.001
	Santé perçue	186.085	<.001	.183 (.048)	.230	17.129	<.001
	Consommation en soin de santé	172.766	<.001	.172 (.005)	-.071	-5.271	<.001
Support social perçu							
	Sentiment de solitude	402.618	<.001	.327 (.209)	-.474	-39.279	<.001
	Bien-être	486.966	<.001	.370 (.231)	.499	42.769	<.001
	Santé perçue	173.086	<.001	.173 (.038)	.201	15.032	<.001
	Consommation en soin de santé	168.527	<.001	.169 (.001)	-.034	-2.573	.010
Sentiment de solitude							
	Bien-être	684.880	<.001	.452 (.314)	-.596	-53.409	<.001
	Santé perçue	222.129	<.001	.211 (.076)	-.294	-21.920	<.001
	Consommation en soin de santé	183.486	<.001	.181 (.013)	.123	9.018	<.001
Bien-être							
	Santé perçue	363.275	<.001	.304 (.169)	.443	34.829	<.001
	Consommation en soin de santé	194.706	<.001	.190 (.022)	-.161	-11.720	<.001
Santé perçue							
	Consommation en soin de santé	363.056	<.001	.304 (.137)	-.397	-31.275	<.001

Note . VI = variable indépendante; VD = variable dépendante.

Variables contrôles utilisées dans les modèles: âge, sexe, isolation, pauvreté et activité physique.

Df (6, 4981). Le R² change correspond au taux de variance expliquée par la VD.

Pour la suite, l'amplitude des pentes entre les variables a été utilisée comme critère afin de déterminer la position des variables médiatrices dans la relation entre la participation sociale et la consommation en soin de santé.

D'une part, l'identité sociale jouerait un rôle médiateur partiel mais puissant entre la participation sociale et les autres variables psychologiques. En effet, la relation entre participation sociale et identité sociale était forte ($\beta = .232$). Les relations entre la participation sociale et les autres variables psychologiques étaient systématiquement plus faibles que les relations entre l'identité sociale et ces mêmes variables ($\beta_{PSO-SV} = .136$ vs. $\beta_{IS-SV} = .333$; $\beta_{PSO-SSP} = .127$ vs. $\beta_{IS-SSP} = .340$; $\beta_{PSO-SS} = -.160$ vs. $\beta_{IS-SS} = -.383$). Cette observation confirme que (1) la participation sociale trouverait sa place en amont de la médiation ; c'est-à-dire au niveau mésosocial du modèle de Berkman et al. (2000) et (2) que l'identité sociale serait la première étape de la médiation via la voie psychologique.

D'autre part, les variables de la voie psychologique apparaissaient fortement interreliées suggérant que le sens de la vie et le support social perçu constitueraient des médiateurs partiels et parallèles entre (a) l'identité sociale et (b) les sentiments de solitude, de bien-être et de santé perçue. En effet, le sens de la vie et le support social perçu montraient, chacun, des relations assez similaires vis-à-vis des autres variables ($\beta_{SV-SS} = -.470$ et $\beta_{SSP-SS} = -.474$; $\beta_{SV-BE} = .640$ et $\beta_{SSP-BE} = .499$; $\beta_{SV-SP} = .230$ et $\beta_{SSP-SP} = .201$). De plus, en accord avec la littérature, la relation-même entre sens de la vie et support social perçu ($\beta_{SS-SSP} = .430$) serait bidirectionnelle. Un plus grand support social perçu est associé à un sens de la vie plus profond à travers le temps (Krause, 2007) et inversement (Zeligman et al., 2018). Pour la suite des investigations, il a été décidé de tenir compte de cette relation bidirectionnelle en considérant que ces deux variables iront de pair ; c'est-à-dire qu'elles ne pourront être introduites l'une sans l'autre dans le modèle. Nos intérêts, tant sur le plan de la recherche que de la clinique, ne résident pas dans l'exploration détaillée de cette relation en tant que telle, mais plutôt dans la vérification de la pertinence de ces processus au sein de la voie psychologique du modèle actualisé de Berkman et al. (2000). Enfin, ces quatre variables psychosociales — à savoir l'identité sociale, le sens de la vie, le soutien social perçu et le sentiment de solitude —, en plus d'être étroitement interreliées, présentaient des associations systématiquement fortes avec le bien-être. Toutefois, la force de ces liens tendait à s'atténuer progressivement lorsqu'il s'agissait de la santé perçue, pour devenir encore plus modérée, voire faible, en ce qui concerne la consommation de soins de santé ($\beta_{ISO-BE} = .424$ vs. $\beta_{ISO-SP} = .204$ vs. $\beta_{ISO-CSS} = -.061$; $\beta_{SV-BE} = .640$ vs. $\beta_{SV-SP} = .230$ vs. $\beta_{SV-CSS} = -.071$; $\beta_{SSP-BE} = .499$ vs. $\beta_{SSP-SP} = .201$ vs. $\beta_{SSP-CSS} = -.034$; $\beta_{SS-BE} = -.596$ vs. $\beta_{SS-SP} = -.294$ vs. $\beta_{SS-CSS} = .123$). Ces résultats suggèrent un positionnement de plus en plus distant de ces variables dans le modèle par des médiations successives *voie psychologique – bien-être – santé perçue – consommation en soin de santé*.

En conclusion, les analyses de régression ont confirmé nos attentes fondées sur les analyses comparatives. Alors que les effets bénéfiques de la participation sociale sur la qualité de vie est de plus en plus documentée dans la littérature (Vidovic et al., 2021), son impact sur l'utilisation des soins de santé demeure moins bien établi (Costa et al., 2021). Nos résultats ont montré également que la participation sociale et les quatre variables psychologiques expliquent peu le recours aux soins [soutien social perçu, 0.1 % ; sentiment de solitude, 1.3 % de la variance expliquée]. Bien que ce lien soit ténu, les analyses comparatives de l'étape 1 révélaient toute de même que les personnes sans participation sociale sont celles qui ont le plus recours aux soins de santé et que plus la participation sociale est active moindre est cette consommation. Brandling et House (2009) ont avancé une hypothèse explicative qui repose sur deux temps : l'engagement social, en activant les identités sociales, améliorerait d'abord le bien-être (Bowe et al., 2020), tandis que les effets positifs sur la santé perçue et la réduction du recours aux soins nécessiteraient un certain délai avant de se manifester pleinement (Kellezi et al., 2019).

Ces premiers résultats viennent appuyer nos propositions de mise à jour du modèle de Berkman et al. (2000). L'identité sociale s'inscrirait au point de départ de la voie psychologique, laquelle mobiliserait le sens de la vie, le soutien social perçu ainsi que le sentiment de solitude. Cette voie psychologique mènerait ensuite à un processus en cascade au sein du niveau de la santé, débutant par le bien-être, suivi de la santé perçue, et se prolongeant jusqu'au recours aux soins de santé.

Étape 3: Médiations entre la participation sociale et la santé. Des analyses de médiation ont été menées afin d'affiner le modèle à tester dans le cadre des analyses par équations structurelles (SEM). Cette étape vise à optimiser la parcimonie du modèle en éliminant les effets directs non essentiels. Le Tableau 3 présente les résultats de toutes les médiations testées.

Tableau 3. Résultats des médiations testées entre la participation sociale et la consommation en soin de santé

VI	M	VD	Modèle			Coefficients standardisés			Bootstrap			
			F	R ²	R ² change	b	c	c'	B	ES	IC inf.	IC sup.
Participation sociale												
Identité sociale												
		Sens de la vie	170.025***	.193	.091	.320***	.134***	.060***	0.165	.012	0.141	0.189
		Support social perçu	159.930***	.184	.096	.328***	.124***	.048***	0.141	.011	0.121	0.162
		Sentiment de solitude	245.738***	.257	.120	-.367***	-.156***	-.071***	-0.184	.013	-0.209	-0.160
		Bien-être	318.819***	.309	.150	.411***	.149***	.054***	0.475	.032	.414	.538
		Santé perçue	153.739***	.178	.032	.188***	.107***	.063***	0.031	.003	.025	.037
Identité sociale												
		Sens de la vie										
		Sentiment de solitude	421.811***	.372	.120	-.385***	-.384***	-.255***	-0.383	.021	-0.424	-0.342
		Bien-être	904.552***	.560	.253	.559***	.424***	.238***	1.281	.063	1.161	1.405
		Santé perçue	178.031***	.200	.026	.179***	.203***	.143***	0.059	.006	0.048	0.070
		Support social perçu										
		Sentiment de solitude	428.003***	.376	.123	-.388***	-.384***	-.252***	-0.395	.022	-0.439	-0.352
		Bien-être	555.333***	.438	.132	.401***	.424***	.288***	0.936	.053	0.834	1.045
		Santé perçue	169.002***	.192	.018	.148***	.203***	.153***	0.049	.006	0.039	0.060
		Sentiment de solitude										
		Sentiment de solitude	695.599***	.494	.188	-.501***	.424***	.232***	1.323	.061	1.206	1.447
		Santé perçue	200.375***	.220	.046	-.247***	.203***	.108***	0.094	.007	0.080	0.107
		Bien-être										
		Santé perçue	311.409***	.304	.130	.434***	.203***	.019	0.180	.009	.164	.197

Note. VI = variable indépendante; M = médiateur; VD = variable dépendante. Variables contrôles utilisées dans les modèles: âge, sexe, isolation, pauvreté et activité physique.

Df IV - M (6, 4981); dDf IV - M - DV (7, 4980). * $p > .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$.

Utilisation de la macro SPSS pour le bootstrapping (Hayes & Preacher, 2014). B = effet indirect estimé pour le médiateur.

Tableau 3. Résultats des médiations testées entre la participation sociale et la consommation en soin de santé (continue)

VI	M	VD	Modèle			Coefficients standardisés			Bootstrap			
			F	R ²	R ² change	b	c	c'	B	ES	IC inf.	IC sup.
Sens de la vie												
		Sentiment de solitude										
		Bien-être	1089.523***	.605	.092	-.368***	.640***	.466***	0.387	.017	0.354	0.422
		Santé perçue	200.967***	.220	.037	-.234***	.229***	.118***	0.035	.003	0.030	0.040
		Bien-être										
		Santé perçue	318.182***	.309	.126	.509***	.229***	-.097***	0.103	.004	0.096	0.111
Support social perçu												
		Sentiment de solitude										
		Bien-être	737.567***	.509	.139	-.454***	.500***	.284***	0.579	.024	0.532	0.627
		Santé perçue	194.970***	.215	.043	-.251***	.200***	.081***	0.046	.003	0.040	0.052
		Bien-être										
		Santé perçue	311.800***	.305	.132	.458***	.200***	-.029*	0.087	.004	0.079	0.095
Sentiment de solitude												
		Bien-être										
		Santé perçue	312.579***	.305	.095	.416***	-.291***	-.044**	-0.081	.004	-0.088	-0.073
Bien-être												
		Santé perçue										
		Recours aux soins de santé	311.479***	.305	.115	-.406***	-.160***	.020	-0.026	.001	-0.028	-0.023

Note. VI = variable indépendante; M = médiateur; VD = variable dépendante. Variables contrôles utilisées dans les modèles: âge, sexe, isolation, pauvreté et activité physique.

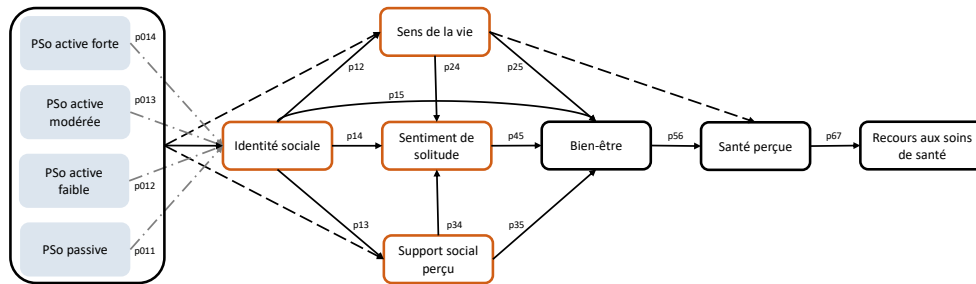
Df IV - M (6, 4981); dDf IV - M - DV (7, 4980). * $p > .050$, ** $p < .010$, *** $p < .001$.

Utilisation de la macro SPSS pour le bootstrapping (Hayes & Preacher, 2014). B = effet indirect estimé pour le médiateur.

Dans un premier temps, l'évaluation des modèles (voir les colonnes *Modèles* du Tableau 3), tous significatifs, a conduit à un examen plus approfondi des résultats. La variance expliquée était moyenne ($R^2_{\text{PSO-SOI-SV}} = .111$) à très bonne ($R^2_{\text{SV-SS-BE}} = .605$) mettant en évidence la pertinence des propositions testées. De même, les *Coefficients standardisés* du Tableau 3 confirmaient que toutes les relations directes avant médiation étaient significatives au seuil $p < .001$ avec des amplitudes notables allant de .124 ($\beta_{\text{PSO-SSP}}$) à .640 ($\beta_{\text{SV-BE}}$). Ces premières analyses, en cohérence avec les résultats des régressions, ouvrent la voie à des analyses de médiation plus approfondies. Dans un second temps, pour tester les effets médiateurs, nous avons utilisé la macro SPSS pour le bootstrap des effets indirects (Hayes & Preacher, 2014), qui fournit des estimations d'effets indirects pour les médiateurs, les erreurs standardisées (ES) et les intervalles de confiance (IC) dérivés de la distribution bootstrap. Tous les effets indirects étaient bien significatifs, car les intervalles de confiance des analyses n'incluaient jamais 0, et validaient la présence des voies médiatrices investiguées.

Comme prévu dans le cadre des analyses de médiation, une diminution systématique des effets directs était observée par suite de l'introduction des effets indirects. Ce constat confirme la force des mécanismes médiateurs au sein du modèle. Plus précisément, quatre médiations distinctes ont pu être identifiées, indiquant que certains effets de la participation sociale sur les variables dépendantes de santé transitent de manière significative par des variables intermédiaires. Premièrement, la médiation par l'identité sociale avait fortement réduit la force des relations directes entre (a) la participation sociale et (b) le sens de la vie ($c = .134^{***}$; $c' = .060^{***}$), le soutien social perçu ($c = .124^{***}$; $c' = .048^{***}$) et le sentiment de solitude ($c = -.156^{***}$; $c' = -.071^{***}$). Bien que les nouvelles pentes (c') restaient significatives, leurs amplitudes étaient proches de 0 et donc négligeables après médiation. Par souci de parcimonie, il a été décidé de ne pas conserver les effets directs (c') inférieurs à .100 dans le modèle à tester et de considérer que l'ensemble de la relation serait médié par l'identité sociale. Deuxièmement, l'ajout des médiations via le sentiment de solitude n'affectait pas la significativité des effets directs vers le bien-être (identité sociale : $c = .424^{***}$, $c' = .232^{***}$; sens de la vie : $c = .640^{***}$, $c' = .466^{***}$; soutien social perçu : $c = .500^{***}$, $c' = .284^{***}$). C'est pourquoi ces effets directs seront conservés dans le modèle. Troisièmement, les résultats confirmaient bien la médiation entre la voie psychologique et la santé perçue via le bien-être (identité sociale, $c = .230^{***}$; $c' = .019$; sens de la vie, $c = .299^{***}$; $c' = -.097^{***}$; soutien social perçu, $c = .200^{***}$; $c' = -.029^*$; sentiment de solitude, $c = -.291^{***}$; $c' = -.044^{**}$). Tous les effets directs issus des quatre variables psychologiques vers la santé perçue seront retirés du modèle. Quatrièmement, l'effet direct entre le bien-être et le recours aux soins de santé avait perdu sa significativité après l'introduction d'une médiation via la santé perçue ($c = -.160^{***}$; $c' = .020$). Cet effet direct sera également retiré du modèle.

En conclusion, ces dernières analyses de médiation ont permis d'identifier les effets directs à retirer du modèle pour assurer la parcimonie. La Figure 5 présente les médiations partielles et totales à inclure dans le modèle à tester. Celui-ci sera mis à l'épreuve à l'étape suivante.



Note. Les profils de participation sociale étaient intégrés dans les modèles de manière booléenne. La numérotation des relations indique le sens de la relation (le premier chiffre identifie la variable de départ et le second la variable finale). Les lignes en pointillé représentent les effets directs devenus négligeables ($c' < .100$) malgré le maintien de la significativité après l'introduction de la voie indirecte.

Figure 5. Le modèle généré à partir des analyses préliminaires

Le modèle proposé appuie les hypothèses formulées à partir des résultats des analyses de régression effectuées à l'étape 2. Il suggère que la participation à la vie sociale constitue un levier d'activation de l'identité sociale, laquelle favorise à son tour un sens accru de la vie ainsi qu'un soutien social perçu plus élevé. Ces trois facteurs — identité sociale, sens de la vie et soutien social — contribuent conjointement à la réduction du sentiment de solitude et à l'amélioration du bien-être psychologique. Ce n'est qu'à travers cette amélioration du bien-être que la participation sociale exerce un effet positif sur la santé perçue, pouvant potentiellement se traduire par une diminution du recours aux soins de santé.

Ces résultats s'alignent étroitement avec les constats établis dans la littérature scientifique, confirmant et prolongeant les connaissances actuelles sur les liens entre participation sociale, bien-être et recours aux soins de santé. Plus précisément dans ce modèle, l'identité sociale joue un rôle médiateur entre la participation sociale et le fonctionnement psychologique de l'individu. Cette première médiation correspond à l'hypothèse Social cure selon laquelle ce n'est que dans la mesure où les individus s'identifient au groupe auquel ils appartiennent qu'ils pourront bénéficier des effets positifs de leur participation sociale (Jetten et al., 2012).

Quant au sentiment de solitude, il semble faire partie intégrante du fonctionnement psychologique de l'individu. Chacun peut ressentir la solitude tout en étant physiquement avec d'autres personnes. Ainsi, la voie psychologique comprend une dimension cognitive (c.-à-d., le sens de la vie), une dimension sociale (c.-à-d., le soutien

social perçu) et une dimension émotionnelle (c.-à-d., le sentiment de solitude). De fait, la solitude n'est plus conceptualisée comme une conséquence de l'isolement social mais comme une dimension de l'expérience sociale qui peut être déclenchée ou non en fonction du contexte social (Van Roekel et al., 2015). Les dimensions du fonctionnement psychologique agissent conjointement sur le bien-être et, dans une moindre mesure, sur la santé perçue. De même, il est important d'insister sur le fait que non seulement le sens de la vie trouve sa place dans le modèle mais qu'il exerce une influence plus marquée que le bien reconnu support social perçu.

Enfin, le bien-être exerce une influence indirecte sur le recours aux soins de santé par l'intermédiaire de la santé perçue. La mise en évidence de cette médiation contribue à éclairer l'inconstance des résultats observés dans les programmes de prescription sociale visant à réduire la consommation de soins chez les patients socialement isolés (Brandling & House, 2009 ; Haslam et al., 2024).

Modélisation de la relation entre la participation sociale et la santé

Bien que l'ensemble des analyses préliminaires aient fourni des résultats solides, elles ne permettaient pas de trancher de manière définitive quant au statut à accorder au bien-être dans le modèle théorique. Dans leur cadre conceptuel, Berkman et al. (2000) intégraient le bien-être au sein de la voie psychologique, le considérant comme une composante intermédiaire. Toutefois, la littérature empirique tend à le traiter davantage comme une variable dépendante, c'est-à-dire comme une conséquence de la participation sociale plutôt que comme un médiateur. Afin de clarifier ce point, une modélisation par équations structurales (SEM) a été mise en œuvre.

Concrètement, les SEM consistent à comparer la matrice de corrélations du jeu de données initiale (matrice observée) et la matrice de corrélations créée par le modèle (matrice estimée). Cela dit, il est reconnu que l'usage des SEM ne permet nullement la déduction d'inférences causales car celle-ci requiert une démarche expérimentale. Le but est de reproduire la matrice observée en utilisant l'équation la plus simple possible tout en limitant les résidus (c.-à-d., différence entre les corrélations observées et estimées). Pour vérifier l'adéquation du modèle estimé, il est préconisé d'utiliser un panel d'indices absolus (c.-à-d., évaluation du modèle de manière isolée, SRMR & GFI), incrémentaux (c.-à-d., évaluation du modèle relative à la ligne de base, CFI & TLI) et parcimonieux (c.-à-d., conservation des variables et des relations si et seulement si elles apportent suffisamment d'explication, RMSEA & AIC). Chacun de ces indices a été développé dans le but de dépasser les limites des indicateurs préexistants. Toutefois, aucun d'entre eux ne s'avère entièrement satisfaisant pris isolément. Il est donc conseillé d'aller au-delà des liens statistiques pour explorer les mécanismes générateurs responsables de ces liens (Gana & Broc, 2019, p. 278). En accord avec les

recommandations de ces auteurs, pour cette étude, le modèle généré tire ses forces de fondements théoriques solides issus de la littérature (c.-à-d., Berkman et al., 2000 ; Cacioppo & Cacioppo, 2018 ; Durkheim, 1897, 1912 ; Jetten et al., 2012 ; Roepke et al., 2014) et d'une démonstration statistique rigoureuse (voir analyses préliminaires).

Pour rappel, les SEM permettent de tester des modèles en vue de justifier la nécessité de conserver ou non les variables envisagées. Raison pour laquelle, les SEM serviront à comparer le modèle généré (modèle #1, voir Figure 5) à trois versions simplifiées de ce modèle. Concrètement, pour déterminer la place du bien-être au sein du modèle, deux scénarios étaient envisagés. Dans un premier cas, si l'inclusion des variables sens de la vie, soutien social perçu et sentiment de solitude dans la voie psychologique s'avérait justifiée empiriquement, alors le bien-être serait conceptualisé comme une conséquence de ces médiateurs. Le bien-être serait, de ce fait, positionné au dernier niveau du modèle, aux côtés de la santé perçue et du recours aux soins de santé. Dans un second cas, si les variables susmentionnées s'avéraient non indispensables à la structure explicative, elles ne seraient pas introduites dans le modèle et le bien-être serait maintenu dans la voie psychologique en tant que médiateur. Conformément à notre choix méthodologique à l'étape 2, aucune relation bidirectionnelle n'a été introduite entre le sens de la vie et le support social perçu ; ces deux variables étaient soit maintenues, soit exclues simultanément du modèle. Ainsi, dans le modèle #2, les médiations parallèles via sens de la vie et support social perçu étaient conservées tandis que le sentiment de solitude était exclu. À l'inverse, dans le modèle #3, seul le sentiment de solitude était maintenu. Enfin, le modèle #4 établissait un lien direct entre l'identité sociale et le bien-être, sans inclure ni les sens de la vie, support social perçu ni le sentiment de solitude. Les résultats des SEM sont présentés dans le Tableau 4.

L'examen des résultats a commencé par l'évaluation des indices d'ajustement afin de juger de l'acceptabilité des modèles. Pour information, le test χ^2 n'a pas été pris en compte étant donné sa sensibilité à la taille de l'échantillon (pour cette étude $N = 4\,988$). Les indices d'ajustement sont présentés dans la première partie du Tableau 4. L'indice AIC est couramment utilisé comme critère d'évaluation en raison de son orientation en faveur de la parcimonie. : plus un modèle comporte un nombre réduit de variables, plus sa valeur d'AIC tend à être faible, indépendamment de la qualité de l'ajustement. Toutefois, dans le cadre des présentes comparaisons, l'utilisation de cet indice s'est révélée inadéquate, en raison des différences notables dans la complexité entre les modèles. Il était donc attendu que le modèle #4, qui intègre le moins de variables, présente la plus faible valeur d'AIC, sans pour autant garantir une meilleure performance explicative. De manière générale, les modèles #3 et #4 répondaient à l'ensemble des critères d'ajustement (en gras dans le Tableau 4). Les modèles #1 et #2, présentant des résultats proches des seuils communément admis, ne peuvent pas être

écartés d'emblée. Les seuls indices ne permettant pas de statuer sur le modèle à retenir, comme recommandé dans la littérature, une analyse plus approfondie des solutions obtenues a été réalisée.

Dans la partie centrale du Tableau 4, les matrices de corrélations (au-dessus de la diagonale) et de résidus (en-dessous) sont présentées afin d'évaluer le degré d'ajustement des modèles. En accord avec les hypothèses issues des précédentes analyses de médiation (voir supra), les corrélations soutiennent que le bien-être joue un rôle de médiateur entre la voie psychologique et la santé. Les variables de la voie psychologique (identité sociale, sens de la vie, support social perçu et sentiment de solitude) présentaient des corrélations relativement fortes avec le bien-être [$r_{\text{SSP-BE}} = .402$; $r_{\text{SV-BE}} = .641$] mais plus faibles avec la santé perçue [$r_{\text{SSP-SP}} = .187$; $r_{\text{SV-SP}} = .298$] et encore plus faibles avec la consommation en soin de santé [$r_{\text{SSP-CSS}} = -.087$; $r_{\text{SV-CSS}} = -.138$]. Le niveau individuel du modèle original de Berkman et al. (2000) peut être subdivisé en deux sous-niveaux : d'abord la voie psychologique puis la santé.

L'analyse des résidus indique que le modèle généré (#1) reproduisait assez bien la matrice de corrélations observée. En effet, les résidus étaient généralement inférieurs à .100. La seule exception notable était la relation entre sens de la vie et support social perçu dont les résidus montaient jusqu'à .309. Autrement dit, près du tiers de la relation entre ces deux variables demeurait inexpliqué par le modèle. Ce constat n'est pas surprenant, dans la mesure où une relation bidirectionnelle entre ces variables est présumée. Pour rappel, cette possibilité avait été prise en compte selon les cas, soit par l'ajout du duo de variables (modèles #1 et #2), soit par leur retrait simultané (modèles #3 et #4). Quant aux comparaisons entre les modèles, il s'avère que malgré l'absence de l'une ou l'autre des variables psychologiques, les résidus restaient assez stables d'un modèle à l'autre. À ce stade des analyses, le modèle le plus parcimonieux (c.-à-d., modèle #4) serait satisfaisant.

Tableau 4. Les résultats des quatre modèles testés par des SEM

Modèles	Indices d'ajustement		Matrices de corrélations et de résidus								Variance
	tests	robuste		ISO	SV	SSP	SS	BE	SP	CSS	R^2
#1 Df (22)	Chi²	0,00	ISO	--	.382	.375	-.452	.508	.236	-.110	.075
	SRMR	0,06	SV	.000	--	.143	-.440	.641	.298	-.138	.146
	GFI	0,95	SSP	.000	.309	--	-.443	.402	.187	-.087	.141
	RMSEA	0,07	SS	.013	-.082	-.081	--	-.613	-.285	.132	.375
	AIC	139115,06	BE	-.019	.049	.140	-.030	--	.465	-.216	.594
	CFI	0,92	SP	.025	-.026	.085	-.061	.014	--	-.464	.216
	TLI	0,88	CSS	.023	.066	-.015	.016	.047	-.003	--	.215
#2 Df (17)	Chi²	0,00	ISO	--	0,382	.375		.508	.236	-.110	.075
	SRMR	0,06	SV	.000	--	.143		.641	.298	-.138	.146
	GFI	0,94	SSP	.000	.309	--		.402	.187	-.087	.141
	RMSEA	0,08	BE	-.019	.049	.140		--	.467	-.216	.544
	AIC	116976,94	SP	0,025	-.026	.085		.014	--	-.464	.216
	CFI	0,90	CSS	0,023	.066	-.015		.047	-.003	--	.215
	TLI	0,86									

Note . Les quatre modèles étant sur-identifiés (nombre positif de degrés de liberté), ils étaient testables.

Le test de Mardia ($z = 38.369$; $p < .001$) rejetait l'hypothèse nulle de la multi-normalité des données. Cette violation justifiait l'utilisation de la correction de Satorra-Bentler à appliquer à l'estimateur de maximum de vraisemblance.

Les indices en gras satisfaisaient le critère (seuils statistiques: $\text{Chi}^2 > .05$; $\text{SRMR} < .08$; $\text{GFI} \geq .95$; $\text{RMSEA} < .05$; AIC le plus petit; $\text{CFI} \geq .95$; $\text{TLI} \geq .95$).

Matrice de corrélations estimées au-dessus de la diagonale. Matrice des résidus en-dessous de la diagonale.

Tableau 4. Les résultats des quatre modèles testés par des SEM (continue)

Modèles	Indices d'ajustement			Matrices de corrélations et de résidus						Variance	
	tests	robuste		ISO	SV	SSP	SS	BE	SP	CSS	R ²
#3 Df (14)	Chi²	0,00	ISO	--			-.439	.489	.234	-.109	.075
	SRMR	0,03	SS	.000			--	-.643	-.308	.144	.193
	GFI	0,98	BE	.000			.000	--	.479	-.224	.466
	RMSEA	0,04	SP	.027			-.038	.000	--	-.467	.230
	AIC	94565,06	CSS	.023			.005	.055	.000	--	.218
	CFI	0,97									
	TLI	0,96									
#4 Df (11)	Chi²	0,00	ISO	--				.489	.234	-.109	.075
	SRMR	0,02	BE	0,000				--	.479	-.224	.239
	GFI	0,98	SP	0,027				.000	--	-.467	.230
	RMSEA	0,04	CSS	0,023				.055	.000	--	.218
	AIC	72052,50									
	CFI	0,97									
	TLI	0,95									

Note . Les quatre modèles étant sur-identifiés (nombre positif de degrés de liberté), ils étaient testables.

Le test de Mardia ($z = 38.369$; $p < .001$) rejetait l'hypothèse nulle de la multi-normalité des données. Cette violation justifiait l'utilisation de la correction de Satorra-Bentler à appliquer à l'estimateur de maximum de vraisemblance.

Les indices en gras satisfaisaient le critère (seuils statistiques: $\text{Chi}^2 > .05$; $\text{SRMR} < .08$; $\text{GFI} \geq .95$; $\text{RMSEA} < .05$; AIC le plus petit; $\text{CFI} \geq .95$; $\text{TLI} \geq .95$).

Matrice de corrélations estimées au-dessus de la diagonale. Matrice des résidus en-dessous de la diagonale.

Pourtant, l'analyse des variances expliquées de chaque variable ajoute un éclairage nouveau sur l'intérêt de conserver la voie psychologique présente dans le modèle #1 (voir dernière colonne du Tableau 4). L'analyse comparative des modèles a révélé que la proportion de variance expliquée du sentiment de solitude et du bien-être variait fortement en fonction de la présence ou de l'absence des variables sens de la vie et soutien social perçu. Cette sensibilité témoigne du rôle central de ces variables dans l'explication du bien-être au sein du modèle. En effet, la comparaison des taux de variance expliquée pour le sentiment de solitude entre les modèles #1 et #3 affichait une perte de 18.2 % à cause du retrait des deux médiations parallèles. Ainsi, ces résultats soutiennent notre hypothèse de médiation de l'identité sociale au sentiment de solitude via le sens de la vie et le support social perçu. Plus impressionnant encore, le taux de variance expliquée du bien-être montrait une perte de 5.0 % lorsque seul le sentiment de solitude était retiré de la voie psychologique (modèle #1 vs. #2). Cette perte passait à 12.8 % lorsque le sentiment de solitude était conservé mais pas les deux médiations parallèles (modèle #1 vs. #3) et jusqu'à 35.5 % lorsque la voie psychologique était entièrement retirée (modèle #1 vs. #4). Le retrait du sentiment de solitude avait un effet sur le bien-être qui était nettement plus important en l'absence des médiations parallèles via sens de la vie et soutien social perçu (modèles #3 vs. #4 = -22.7 %) qu'en leur présence (modèles #1 vs. #2 = -5.0 %). Ce constat s'expliquerait par une activation alternative de l'identité sociale. Lorsque l'individu trouve sa place dans le groupe qu'il intègre alors il donnerait du sens à sa vie, se sentirait soutenu et ressentirait peu de solitude. À l'inverse, lorsque l'individu ne trouve pas sa place dans le groupe social, il percevrait une perte de sens et de support et ressentirait de la solitude de manière plus prononcée. D'un point de vue statistique, la diminution du pouvoir explicatif résultant du retrait des variables psychologiques justifiait leur maintien en amont du bien-être.

En dernière analyse, la comparaison des pentes de régression entre les variables des modèles confirmait l'intérêt de conserver la voie psychologique telle que proposée dans le modèle #1 (voir Tableau 5).

Pour rappel, la variable participation sociale a été recodée en quatre variables au format booléen. Les relations entre les profils de participation sociale et l'identité sociale a soutenu notre hypothèse selon laquelle plus l'individu participait activement à la vie sociale plus son identité sociale était forte ($\beta_{p011} = .119$; $\beta_{p012} = .146$; $\beta_{p013} = .212$; $\beta_{p014} = .248$). Au sein de la voie psychologique du modèle #1, l'identité sociale était reliée de manière positive et équivalente avec le sens de la vie ($\beta_{p12} = .382$) et le support social perçu ($\beta_{p12} = .375$) et négativement avec le sentiment de solitude ($\beta_{p14} = -.214$). Une fois encore l'hypothèse Social cure est validée car plus l'individu active son identité sociale, plus il peut prétendre bénéficier de sa participation sociale. Cependant, la force de la relation entre l'identité sociale et le bien-être ($p15$) était

seulement de .155 indiquant par là une relation plus distante qu'avec les autres variables de la voie psychologique. De sorte que notre proposition de créer un niveau supplémentaire reprenant la santé et d'y déplacer le bien-être est également validée. De plus, ces résultats soutiennent notre proposition d'ajouter les quatre nouvelles variables psychologiques dans le modèle de Berkman et al. (2000). Habituellement, la littérature sur la participation sociale s'intéresse davantage au soutien social qu'au sens de la vie. Or, force est de constater que le sens de la vie tissait une relation plus forte avec le bien-être ($\beta_{p25} = .436$) que ne le faisait le support social perçu ($\beta_{p35} = .156$). Dans les comparaisons modèle par modèle, le même constat a été observé que pour les analyses de variance expliquée. Ainsi, le retrait des variables sens de la vie, support social perçu et sentiment de solitude renforçait systématiquement le lien entre l'identité sociale et le bien-être ($p15, \beta_{\#1} = .155$; $\beta_{\#2} = .215$; $\beta_{\#3} = .256$; $\beta_{\#4} = .489$). Il en allait de même pour la relation partant du sens de la vie ($p25, \beta_{\#1} = .436$; $\beta_{\#2} = .524$), du support social perçu ($p35, \beta_{\#1} = .156$; $\beta_{\#2} = .246$) et du sentiment de solitude ($p45, \beta_{\#1} = .282$; $\beta_{\#3} = .530$). Ces renforcements des relations avec le bien-être mettent en évidence l'intérêt d'introduire ces nouvelles variables dans la voie psychologique du modèle de Berkman et al. (2000) et soutient le sens causal des relations.

En conclusion, nous retenons le modèle généré par les analyses préliminaires. En effet, les critères habituellement utilisés en SEM ne permettaient pas de trancher en faveur d'un modèle spécifique. Toutefois, une analyse approfondie des corrélations a confirmé l'existence de relations fortes entre les quatre variables que nous proposons d'intégrer à la voie psychologique (identité sociale, sens de la vie, support social perçu et sentiment de solitude). Par ailleurs, en accord avec les thèses de Durkheim, les analyses de variance expliquée ont montré que ces variables influencent significativement le bien-être mais ont un impact plus limité sur la santé perçue et la consommation de soin de santé. C'est pourquoi l'ajout d'un dernier niveau individuel reprenant les différentes dimensions de la santé après les trois voies comportementale, psychologique et physiologique apparaissait cohérent au regard des résultats obtenus. Conformément à notre critère de décision, nous considérons le bien-être comme une variable dépendante, et le plaçons auprès de la santé perçue et le recours aux soins de santé.

Tableau 5. Les pentes de régression standardisées des quatre modèles testés par les SEM

Pente	VI	VD	Modèle			#1			#2			#3			#4		
			Beta	z	p	Beta	z	p	Beta	z	p	Beta	z	p	Beta	z	p
p011	PSo passive	Identité sociale	.119	7.712	<.001	.119	7.712	<.001	.119	7.712	<.001	.119	7.712	<.001	.119	7.712	<.001
p012	PSo active faible	Identité sociale	.146	9.751	<.001	.146	9.751	<.001	.146	9.751	<.001	.146	9.751	<.001	.146	9.751	<.001
p013	PSo active modérée	Identité sociale	.212	14.884	<.001	.212	14.884	<.001	.212	14.884	<.001	.212	14.884	<.001	.212	14.884	<.001
p014	PSo active forte	Identité sociale	.248	18.097	<.001	.248	18.097	<.001	.248	18.097	<.001	.248	18.097	<.001	.248	18.097	<.001
p12	Identité sociale	Sens de la vie	.382	26.156	<.001	.382	26.156	<.001									
p13	Identité sociale	Support social perçu	.375	25.151	<.001	.375	25.151	<.001									
p14	Identité sociale	Sentiment de solitude	-.214	-14.466	<.001							-.439	-31.334	<.001			
p15	Identité sociale	Bien-être	.155	12.683	<.001	.215	17.094	<.001	.256	20.017	<.001				.489	33.305	<.001
p24	Sens de la vie	Sentiment de solitude	-.312	-24.035	<.001												
p25	Sens de la vie	Bien-être	.436	35.665	<.001	.524	43.075	<.001									
p34	Support social perçu	Sentiment de solitude	-.317	-23.686	<.001												
p35	Support social perçu	Bien-être	.156	12.946	<.001	.246	20.508	<.001									
p45	Sentiment de solitude	Bien-être	-.282	-21.693	<.001							-.530	-39.226	<.001			
p56	Bien-être	Santé perçue	.465	35.806	<.001	.465	35.806	<.001	.479	38.650	<.001				.479	38.650	<.001
p67	Santé perçue	Recours aux soins de santé	-.464	-29.610	<.001	-.464	-29.610	<.001	-.467	-30.119	<.001	-.467	-30.119	<.001	-.467	-30.119	<.001

Note . VI = variable indépendante; VD = variable dépendante.

Variables contrôles utilisées dans les modèles: âge, sexe, isolation, pauvreté et activité physique.

Discussion

Contextualisation des résultats

Cette étude a pour objectif d'actualiser le modèle conceptuel de Berkman et al. (2000) établissant le lien entre l'intégration sociale et la santé dans le but d'y intégrer la littérature récente. Les analyses statistiques menées ont permis de valider nos propositions de modifications relatives au dernier niveau du modèle. Il était question d'investiguer les voies médiatrices – comportementale, psychologique et physiologique – qui lient la participation sociale à la santé. Pour ce faire, nous avons mené une enquête d'ampleur nationale en collaboration avec la Mutualité Chrétienne et eu accès aux données de consommation de soin de santé de 4 988 répondants résidant en Belgique.

Premièrement, l'analyse des profils de participation sociale met en évidence la prédominance de la voie psychologique sur les dimensions comportementales et physiologiques. Ce résultat fait écho aux travaux de Durkheim sur les rituels collectifs, selon lesquels la survie et le bien-être des individus reposent sur des ressources culturelles et un sentiment d'appartenance, mobilisés notamment lors de rassemblements collectifs. Le rattachement au groupe induit une revitalisation principalement psychologique : renforcement du sentiment d'intégration et de l'estime de soi, élévation des affects positifs et adhésion accrue aux valeurs du groupe (Bouchat et al., 2020, 2024 ; Páez et al., 2015 ; Pizarro et al., 2022). Cette dynamique correspond précisément à la voie psychologique décrite dans le modèle de Berkman et al. (2000) ainsi que dans sa version réactualisée que nous apportons.

La prééminence de la voie psychologique est également corroborée par la méta-analyse de référence de Holt-Lunstad et al. (2010), qui démontre que les facteurs sociaux — notamment le soutien perçu et l'intégration sociale — exercent une influence sur la santé supérieure à celle de facteurs de risque bien établis tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité ou l'indice de masse corporelle (IMC). Nos résultats s'inscrivent dans cette dynamique, aucune différence significative n'ayant été relevée en matière de comportements de santé ou d'IMC, à l'exception de l'activité physique. En conséquence, les voies comportementale et physiologique n'ont pas été explorées davantage dans la suite de la modélisation.

Toutefois, ces résultats ne remettent pas en cause pour autant l'importance de maintenir les deux voies apparues comme mineures dans le modèle. D'un côté, la littérature appuie clairement l'hypothèse d'une voie comportementale. Plusieurs études ont montré que la participation sociale favorise l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Par exemple, Moffat et al. (2017) ont observé que la réintégration sociale a un effet positif sur la perte de poids, l'adoption d'une alimentation plus saine et la pratique d'une activité physique. De même, la participation

sociale formelle contribue au maintien d'un mode de vie actif, ce qui protège la santé (Petrie et al., 2018 ; Pressman et al., 2019). Ces résultats sont cohérents avec ceux de la présente étude, qui a mis en évidence un lien entre le degré de participation sociale et l'activité physique. Ce lien a d'ailleurs été pris en compte dans l'analyse sous la forme d'une variable contrôle, au même titre que l'âge, le sexe, les degrés de pauvreté et d'isolement. D'un autre côté, la voie physiologique a été moins souvent examinée de manière explicite dans les recherches. Certaines données suggèrent toutefois son importance. Par exemple, Hawkey et al. (2010) ont montré que le sentiment de solitude prédisait une élévation de la pression artérielle à long terme. Dans le cadre de la présente étude, l'absence de résultats significatifs est en grande partie attribuable à la pertinence limitée de l'IMC comme indicateur physiologique. Des analyses supplémentaires seront nécessaires pour établir plus fermement le rôle de cette voie. Il reste néanmoins indubitable que le modèle actualisé reflète plus clairement la pondération relative des trois voies médiatrices en mettant plus en évidence la voie psychologique.

Deuxièmement, les analyses de régression et la modélisation par équations structurales (SEM) ont confirmé l'intégration, au sein de la voie psychologique, de quatre variables mises en évidence depuis la publication du modèle de Berkman et al. (2000) : l'identité sociale, le sens de la vie, le soutien social perçu et le sentiment de solitude. En cohérence avec les travaux du courant Social Cure (Jetten et al., 2012), nos résultats soutiennent le rôle charnière de l'identité sociale pour accéder aux autres processus psychologiques. L'étude longitudinale de Wakefield et al. (2022) identifie le sentiment d'appartenance, le soutien social et la solitude comme médiateurs successifs dans la relation entre intégration sociale et qualité de vie. Nos résultats confirment leur modèle tout en le prolongeant car nous intégrons le sens de la vie comme processus additionnel. La présente étude montre même que le sens de la vie exerce une influence notable, supérieure à celle du soutien perçu, sur la solitude, le bien-être et la santé perçue. Ce constat rejoint les conclusions de Levasseur et al. (2022), qui soulignent l'importance d'interactions sociales investies de sens (p. 8). Autrement dit, l'intégration dans un groupe ne suffit pas : seule une participation active, vécue comme porteuse de sens, produit des effets bénéfiques durables. Cette dynamique démontre l'impérieuse nécessité de reconnaître le sens de la vie en tant que processus aussi influent que le déjà reconnu soutien social dans les recherches empiriques ainsi que dans les dispositifs cliniques.

Un autre élément important dans la compréhension du fonctionnement de la voie psychologique réside dans l'activation alternative de l'identité sociale. Les analyses de variance expliquée issues des SEM indiquent que le pouvoir explicatif du sentiment de solitude augmentait considérablement, passant de 5.0 % à 22.7 %, lorsque les médiations par le sens de la vie et le support social perçu étaient absentes des modèles.

Or, l'activation de l'identité sociale apparaît comme une condition *sine qua non* à la présence de ces médiateurs. Ainsi, comme le postule la théorie de l'auto-catégorisation (Turner et al., 1994) l'activation de l'identité sociale est contextuelle. Il s'agit d'un processus par lequel un individu se perçoit comme membre d'un groupe social. Cette identification dépend de la saillance du contexte, c'est-à-dire de la pertinence d'une appartenance donnée dans une situation précise. Plus le contexte rend un groupe saillant, plus l'individu s'y identifie activement. Afin d'assurer une activation de l'identité sociale la plus continue possible et par là bénéficier pleinement de sa participation sociale, le courant Social cure conseille de s'engager dans plusieurs groupes sociaux et de manière régulière (Wakefield et al., 2022). Nous nous alignons sur les mêmes recommandations en insistant dès lors sur l'importance de veiller à ce que l'engagement social se développe dans des contextes de la vie réelle, comme le soulignait Berkman et al. (2000, p. 849).

Plus précisément, les comparaisons de modèles ont mis en évidence une activation discontinue des quatre processus psychologiques. Lorsque l'identité sociale est activée (*on*), l'individu attribue un sens à sa vie et perçoit un soutien de la part du groupe en cas de besoin, ce qui atténue son sentiment de solitude. À l'inverse, lorsque l'identité sociale est désactivée (*off*), l'individu perçoit plus clairement les manques de sens de la vie et de soutien social et ressent dès lors un sentiment de solitude accru. Alors que les bénéfices de la participation sociale et les effets délétères de la solitude sont principalement étudiés séparément, il est souvent suggéré que les individus qui éprouvent de la solitude sont intrinsèquement affectés, et que l'intégration sociale peut effectivement remédier à cette carence perçue. Notre modèle actualisé liant la participation sociale à la santé permet de prendre en compte ces deux états psychologiques antinomiques (*on/off*) dans un même cadre théorique. Nos analyses soutiennent même que le passage d'un état à l'autre serait contextuel et donc dynamique. Par exemple, une personne en situation d'isolement peut jouir des quelques heures d'interaction sociale offertes par sa participation à la vie sociale rendant encore plus douloureux le retour à la solitude du quotidien. Ce constat fait écho aux observations de Durkheim (1912), pour qui les effets régénérateurs de la participation collective — et l'énergie vitale qui en découle — tendent à s'estomper rapidement sous l'effet de l'isolement relatif propre à la vie quotidienne. Ainsi, l'intégration à un groupe social unique, même régulière, ne suffit probablement pas à produire les effets positifs escomptés. C'est l'ensemble du quotidien qui doit être structuré autour de l'activation d'identités multiples (Iyer et al., 2009 ; Steffens et al., 2016).

Troisièmement, les analyses de médiation et les SEM ont par ailleurs permis de dégager un dernier niveau d'analyse, à l'échelle individuelle, sous la forme d'un processus de causalité en cascade. Ce processus met en évidence une évolution

progressive de la santé, passant d'abord par le bien-être subjectif, puis par la santé perçue, avant d'influencer finalement le recours aux soins de santé. La solidité de ces résultats repose sur l'utilisation de données robustes et d'un échantillon représentatif de la population belge. Dans un contexte comme celui de la Belgique, où la sécurité sociale garantit un accès généralisé aux soins grâce à une couverture de remboursement étendue, les données de consommation fournies par la Mutualité Chrétienne reflètent fidèlement le recours réel aux services de santé. Ce cadre permet ainsi de confirmer que la participation sociale, bien qu'elle n'entraîne pas nécessairement une diminution nette du recours aux soins, contribue à structurer positivement le parcours de santé via une amélioration du bien-être et de la perception de sa propre santé.

Concrètement, cette modélisation permet désormais de formuler des attentes plus réalistes quant à l'utilisation de la participation sociale comme levier d'intervention clinique. Si une telle approche favorise clairement l'amélioration du bien-être (Haslam et al., 2016 ; McNamara et al., 2013) et de la qualité de vie (Wakefield et al., 2022), il semble peu probable qu'elle entraîne, à elle seule, une amélioration significative de la santé physique ou une diminution durable du recours aux soins (Brandling & House, 2009 ; Costa et al., 2021). Les résultats de Kimberlee (2013) illustrent bien cette hétérogénéité : 60 % des patients isolés ont réduit leur consommation de soins après une intervention de resocialisation, 26 % n'ont montré aucun changement, et 14 % ont au contraire accru leur recours aux soins.

Cette variabilité, souvent observée dans la littérature, peut s'expliquer à la lumière de nos résultats : la relation entre participation sociale et santé semble médiée de façon complète par un enchaînement progressif impliquant d'abord le bien-être subjectif, puis la santé perçue, et enfin le comportement de recours aux soins. Ce processus en cascade met en évidence la nature indirecte et conditionnelle des effets de la participation sociale sur la santé, ce qui permet de mieux comprendre pourquoi les résultats empiriques restent souvent partiels, contradictoires ou peu généralisables.

Il convient toutefois de nuancer les attentes associées à la participation sociale. Si la solitude est désormais reconnue comme un facteur de détérioration rapide de la santé, avec des effets délétères bien documentés (Holt-Lunstad et al., 2015 ; Leigh-Hunt et al., 2017), il serait tentant de supposer que la participation sociale puisse, à l'inverse, restaurer l'état de santé. Or, les données empiriques dessinent un tableau plus nuancé. Nos résultats indiquent que les individus socialement engagés consultent effectivement moins souvent leur médecin généraliste et consomment moins de médicaments que les personnes isolées. Cependant, cette différence ne se traduit peut-être pas par une réduction significative du recours global aux soins de santé. Dans ce contexte, la participation sociale semblerait avant tout jouer un rôle de stabilisation : elle freinerait la dégradation de l'état de santé sans pour autant induire une amélioration nette.

Autrement dit, elle permettrait de contenir les aggravations plutôt que d'éliminer les besoins médicaux existants. Cette distinction est essentielle pour éviter de surestimer les effets de la participation sociale et pour mieux orienter les interventions visant à renforcer le lien social comme outil de soutien à la santé.

Le modèle actualisé liant la participation sociale à la santé

D'un point de vue conceptuel, nous proposons deux modifications : (1) substituer le terme *participation sociale* à celui d'*intégration sociale* dans l'intitulé du modèle et (2) introduire au niveau microsocial le mécanisme psychosocial d'identité sociale fournie par le groupe. Les résultats de la présente étude permettent d'actualiser le modèle original tel que présenté dans la Figure 6.

Conformément à la *scoping review* de Levasseur et al. (2010 ; 2022), le terme *participation sociale* a été privilégié au détriment de celui d'*intégration sociale* dans l'intitulé du modèle. Plus récemment, Holt-Lunstad (2021) a proposé le concept de *(dé)connexion sociale*, conçu comme un continuum où la connexion sociale représente un facteur de protection offert par le groupe, tandis que la déconnexion sociale expose à divers risques. Toutefois, cette conceptualisation s'articule moins aisément avec le modèle de Berkman et al. (2000), dans la mesure où elle englobe l'ensemble des interactions sociales sans distinction de niveaux. À l'inverse, le terme *participation sociale* se réfère plus précisément à l'intégration formelle au sein d'un groupe social structuré (niveau mésosocial), constituant ainsi une condition *sine qua non* pour garantir la protection assurée par le groupe social (niveau microsocial).

La question complexe de la causalité mérite une réflexion approfondie à la lumière des résultats de la présente étude. Il convient de rappeler qu'il s'agissait d'une enquête et non d'une expérimentation, ce qui ne permet pas d'établir avec certitude des relations causales. Afin de pallier cette limite, une première précaution a consisté à exploiter les données de soins de santé relatives à l'année écoulée après l'enquête. Ce décalage temporel assure que la consommation de soins de santé ne peut être considéré comme la cause de l'état psychologique mesuré précédemment. Par ailleurs, conformément aux pratiques des SEM, les liens de causalité examinés s'appuient sur un cadre théorique et empirique solide. La séquence causale *participation sociale - identité sociale - soutien social perçu - bien-être* était déjà bien étayée dans la littérature (p.ex., Haslam et al., 2011 ; McNamara et al., 2013 ; Wakefield et al., 2022). De même, l'influence du sens de la vie sur le bien-être était largement soutenue par la revue systématique de Roepke et al. (2014).

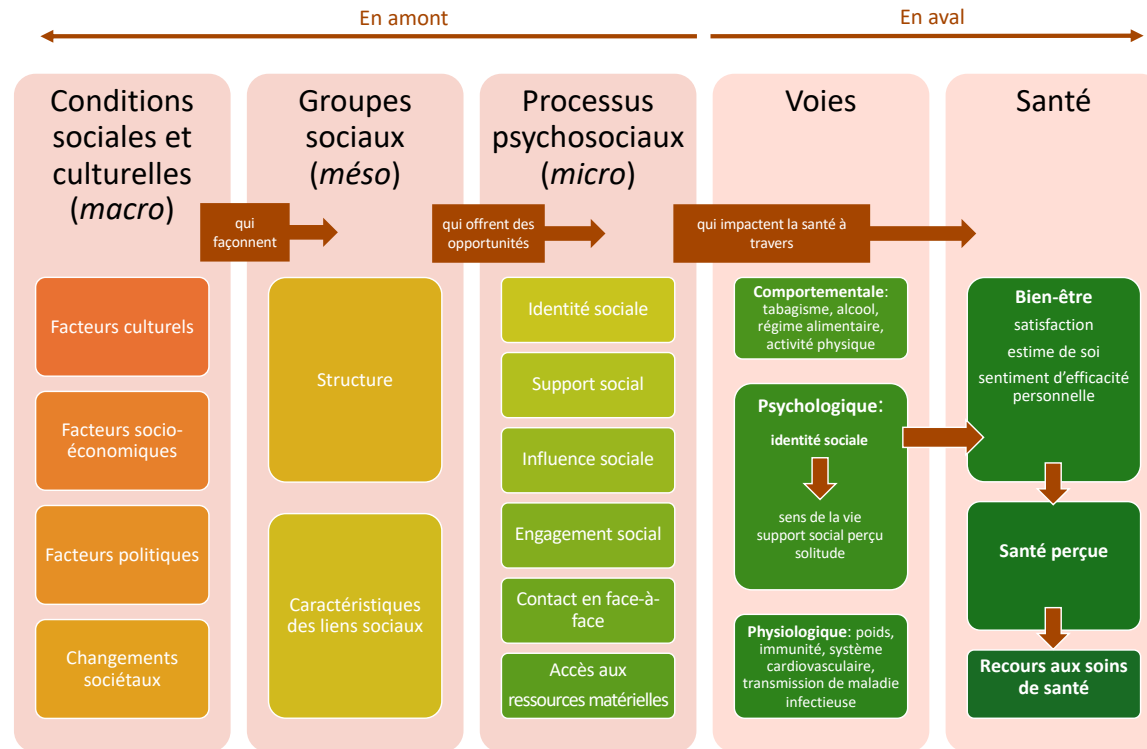


Figure 6. Le modèle liant la participation sociale à la santé (mise à jour des propositions de Berkman et al., 2000)

Par ailleurs, la distinction opérée entre les différentes dimensions de la santé — bien-être, santé perçue et recours aux soins — s’inscrit dans la continuité de travaux antérieurs. Pietromonaco et Collins (2017) ont proposé l’existence d’une relation bidirectionnelle entre le bien-être psychologique et l’état de santé, suggérant que les deux dimensions s’influencent mutuellement. Nos résultats soutiennent plutôt l’hypothèse d’une relation unidirectionnelle allant du bien-être vers la santé physique, dans un enchaînement causal structuré. Cette orientation est également compatible avec les conclusions de Santini et al. (2020), qui, dans une étude longitudinale, ont montré que la participation sociale améliore la qualité de vie, laquelle réduit à son tour les symptômes dépressifs, ayant par conséquent un effet positif sur les maladies chroniques.

En revanche, la proposition conceptuelle de Holt-Lunstad (2021), qui restreint la santé à sa seule dimension physique en la décrivant comme une séquence allant de la maladie à la mortalité, apparaît plus limitée au regard de nos résultats. Ce cadre, tend à reléguer les aspects de la santé mentale dans la voie psychologique, en les dissociant du processus de santé lui-même, comme l’avait initialement proposé Berkman et al. (2000). Or, les analyses présentées ici ne soutiennent pas cette dissociation. Elles suggèrent au contraire que la voie psychologique est traversée de processus dynamiques, activés dans des contextes sociaux favorables et inhibés dans des situations d’isolement. Des éléments comme l’identité sociale, le sens de la vie, le soutien social perçu, et encore le sentiment de solitude, apparaissent alors comme autant de leviers — au même titre que les comportements de santé — pour améliorer le bien-être, et, par conséquent, la santé dans son ensemble. Nous pensons donc que l’un des principaux apports de cette étude réside ainsi dans l’observation simultanée de l’ensemble des voies médiatrices conduisant aux différentes dimensions de la santé. Grâce à l’utilisation de données robustes et une méthodologie rigoureuse, la version actualisée du modèle de Berkman et al. (2000) aboutit à une description structurée et pondérée et par conséquent à une compréhension globale du niveau individuel du modèle.

Implications

Cette étude met en évidence les mécanismes sous-jacents de la relation entre participation sociale et santé. Les recommandations qui en découlent visent à orienter les politiques de santé publique et les interventions de terrain afin de renforcer la participation sociale et, par conséquent, prévenir les effets délétères de la solitude sur la santé.

Dans cette perspective, il est essentiel de favoriser l’intégration des personnes isolées au sein de groupes sociaux partageant une identité commune (Haslam et al., 2024). Cette première étape permet un engagement progressif, conduisant à l’adoption

d'un rôle actif et à une redéfinition du sens de la vie dans un second temps (Haslam et al., 2018, p 32). Par un processus de réciprocité, le groupe devient alors une source de soutien en cas de besoin (Levine et al., 2002, 2005). Si des améliorations en termes de bien-être et de qualité de vie peuvent être constatées à court terme, un accompagnement motivationnel demeure nécessaire afin d'assurer un transfert durable de la demande d'aide des services de santé vers les cercles sociaux intégrés. La mise en évidence d'une médiation par étapes souligne la temporalité de ce processus. Ainsi, nous recommandons d'intégrer un travail motivationnel dans les programmes de prescription sociale afin d'accompagner le déroulement de ces trois étapes successives : (1) se socialiser, (2) s'engager, (3) se soigner autrement.

Conclusion

Au terme de cette étude, la résonance contemporaine des thèses de Durkheim met en lumière toute leur pertinence. En actualisant le modèle de Berkman et al. (2000), cette recherche ouvre la voie à de nouvelles avancées dans le domaine, notamment en vue d'améliorer l'efficacité des programmes de prescription sociale.

Références

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bouchat, P., Pizarro, J. J., Páez, D., Zumeta, L. N., Basabe, N., Włodarczyk, A., Hatibovic, F., & Rimé, B. (2024). Contributions of group identification and emotional synchrony in understanding collective gatherings: A meta-analysis of 13 studies. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(8), 1931–1959. <https://doi.org/10.1177/13684302231223897>
- Bouchat, P., Rimé, B., Van Eycken, R., & Nils, F. (2020). The virtues of collective gatherings: A study on the positive effects of a major scouting event. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(3), 189–201. <https://doi.org/10.1111/jasp.12649>
- Bowe, M., Gray, D., Stevenson, C., McNamara, N., Wakefield, J. R., Kellezi, B., Wilson, I., Cleveland, M., Mair, E., Halder, M., & Costa, S. (2020). A social cure in the community: A mixed-method exploration of the role of social identity in the experiences and well-being of community volunteers. *European Journal of Social Psychology*, 50(7), 1523–1539. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2706>
- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: Adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*, 59(563), 454–546. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>

- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *The Lancet*, 391, 426.
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39–S52. <https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0063>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Costa, A., Sousa, C. J., Seabra, P. R. C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., & Alarcão, V. (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: A systematic literature review. *Sustainability: Science, Practice, & Policy*, 13(5), 2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Alcan. (F. Alcan, Ed.).
- Durkheim, E. (1912). Les formes élémentaires de la vie religieuse. <https://lectures.revues.org/726>
- Fancourt, D., Aughterson, H., Finn, S., Walker, E., & Steptoe, A. (2021). How leisure activities affect health: A narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 329–339. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30384-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30384-9)
- Finch, J. F., Okun, M. A., Pool, G. J., & Ruehlman, L. S. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of Personality*, 67(4), 581–621. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00066>
- Fritz, H. L., Nagurney, A. J., & Helgeson, V. S. (2003). Social interactions and cardiovascular reactivity during problem disclosure among friends. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(6), 713–725. <https://doi.org/10.1177/0146167203029006004>
- Gana, K., & Broc, G. (2019). *Structural equation modeling with lavaan* (John Wiley&Sons).
- Grant, C., Goodenough, T., Harvey, I., & Hine, C. (2000). A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ*, 320(7232), 419–423. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7232.419>
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468–478. <https://doi.org/10.1071/AH080468>

- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Haslam, C., Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G., & Chang, M. X. L. (2016). Groups 4 Health: Evidence that a social-identity intervention that builds and strengthens social group membership improves mental health. *Journal of Affective Disorders*, 194, 188–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.010>
- Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G. A., & Haslam, S. A. (2018). *The new psychology of health: Unlocking the social cure* (Routledge).
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Sharman, L. S., Hayes, S., Walter, Z., & Young, T. (2024). Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(5), 1128–1150. <https://doi.org/10.1177/13684302241242434>
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Pennas, S. (2011). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 355–370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132. <https://doi.org/10.1037/a0017805>
- Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 67(3), 451–470. <https://doi.org/10.1111/bmsp.12028>
- Hervas, G., & Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(66), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-66>
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437–458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Holt-Lunstad, J. (2021). The major health implications of social connection. *Current Directions in Psychological Science*, 30(3), 251–259. <https://doi.org/10.1177/104398622110197673/709261347219429199693906>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review.

- Perspectives on Psychological Science, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys. *Research on Aging*, 26(6), 655–672.
- Iyer, A., Jetten, J., Tsivrikos, D., Postmes, T., & Haslam, S. A. (2009). The more (and the more compatible) the merrier: Multiple group memberships and identity compatibility as predictors of adjustment after life transitions. *British Journal of Social Psychology*, 48(4), 707–733. <https://doi.org/10.1348/014466608X397628>
- Jetten, J., Haslam, C., & Alexander, S. H. (2012). *The social cure: Identity, health and well-being* (Psychology press). <https://doi.org/10.4324/9780203813195>
- Jetten, J., Haslam, S. A., Dingle, G., & Jones, J. M. (2014). How groups affect our health and well-being: The path from theory to policy. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 103–130. <https://doi.org/10.1111/sipr.12003>
- Kellezi, B., Wakefield, J. R., Stevenson, C., McNamara, N., Mair, E., Bowe, M., Wilson, I., & Halder, M. M. (2019). The social cure of social prescribing: A mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*, 9(11), e033137. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137>
- Kimberlee, R. (2013). Developing a social prescribing approach for Bristol. *Bristol CCG*, 646.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22(3), 456–469. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.456>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, E., Castonguat, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary

- consensual definition. *Age and Ageing*, 51(2), afab215.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Levine, M., Cassidy, C., Brazier, G., & Reicher, S. (2002). Self-categorization and bystander non-intervention: Two experimental studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(7), 1452–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01446.x>
- Levine, M., Prosser, A., Evans, D., & Reicher, S. (2005). Identity and emergency intervention: How social group membership and inclusiveness of group boundaries shape helping behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(4), 443–453.
<https://doi.org/10.1177/0146167204271651>
- Loftus, A. M., McCauley, F., & McCarron, M. O. (2017). Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*, 148, 96–101.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>
- McNamara, N., Stevenson, C., & Muldoon, O. T. (2013). Community identity as resource and context: A mixed method investigation of coping and collective action in a disadvantaged community. *European Journal of Social Psychology*, 43(5), 393–403.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.1953>
- Moffatt, S., Steer, M., Lawson, S., Penn, L., & O'Brien, N. (2017). Link worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: Qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, 7(7), e015203.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015203>
- Morton, J. S., Rimé, B., Herman, G., Bourguignon, D., & Luminet, O. (2024). Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation: From Scoping Review to Clustering Measurement. *International Review of Social Psychology*, 37(1), 1–23.
<https://doi.org/10.5334/irsp.854>
- Munford, L. A., Wilding, A., Bower, P., & Sutton, M. (2020). Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: Longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open*, 10(2), e033186.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033186>
- Newall, N., McArthur, J., & Menec, V. H. (2015). A longitudinal examination of social participation, loneliness, and use of physician and hospital services. *Journal of Aging and Health*, 27(3), 500–518. <https://doi.org/10.1177/0898264314552420>

- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>
- Oyanedel, J. C., & Paez, D. (2021). Social belongingness and well-being: International perspectives. *Frontiers in Psychology*, 12, 735507. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.735507>
- Páez, D., Rimé, B., Basabe, N., Włodarczyk, A., & Zumeta, L. (2015). Psychosocial effects of perceived emotional synchrony in collective gatherings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5), 711–729. <https://doi.org/10.1037/pspi0000014>
- Petrie, K. J., Pressman, S. D., Pennebaker, J. W., Øverland, S., Tell, G. S., & Sivertsen, B. (2018). Which aspects of positive affect are related to mortality? Results from a general population longitudinal study. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(7), 571–581. <https://doi.org/10.1093/abm/kax018>
- Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *American Psychologist*, 72(6), 531. <https://doi.org/10.1037/amp0000129>
- Piškur, B., Daniëls, R., Jongmans, M. J., Ketelaar, M., Smeets, R. J., Norton, M., & Beurskens, A. J. (2014). Participation and social participation: Are they distinct concepts? *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211–220. <https://doi.org/10.1177/0269215513499029>
- Pizarro, J. J., Zumeta, L. N., Bouchat, P., Włodarczyk, A., Rimé, B., Basabe, N., Amutio, A., & Páez, D. (2022). Emotional processes, collective behavior, and social movements: A meta-analytic review of collective effervescence outcomes during collective gatherings and demonstrations. *Frontiers in Psychology*, 13, 974683. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.974683>
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*, 70(1), 627–650. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Rimé, B., & Páez, D. (2023). Why we gather: A new look, empirically documented, at Émile Durkheim's theory of collective assemblies and collective effervescence. *Perspectives on Psychological Science*, 18(6), 1306–1330. <https://doi.org/10.1177/17456916221146388>
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9, 1055–1079. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9>

- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Koyanagi, A., Meilstrup, C., & Nielsen, L. (2020). Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Social Science & Medicine*, 251, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112906>
- Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & Health*, 30(6), 686–698. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>
- Stavrova, O., & Luhmann, M. (2016). Social connectedness as a source and consequence of meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 470–479. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117127>
- Steffens, N. K., Cruwys, T., Haslam, C., Jetten, J., & Haslam, S. A. (2016). Social group memberships in retirement are associated with reduced risk of premature death: Evidence from a longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6(2), e010164. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010164>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stevenson, C., Wilson, I., McNamara, N., Wakefield, J. R., Kellezi, B., & Bowe, M. (2019). Social prescribing: A practice in need of a theory. *British Journal of General Practice*.
- Swann, Jr., William, B., Jetten, J., Gómez, Á., Whitehouse, H., & Bastian, B. (2012). When group membership gets personal: A theory of identity fusion. *Psychological Review*, 119(3), 441–456. <https://doi.org/10.1037/a0028589>
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.416>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115–131. <https://doi.org/10.2307/3090173>

- Turner, J. C., Oakes, P. J., Haslam, S. A., & McGarty, C. (1994). Self and collective: Cognition and social context. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 454–463. <https://doi.org/10.1177/0146167294205002>
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531.
- Van Roekel, E., Scholte, R. H., Engels, R. C., Goossens, L., & Verhagen, M. (2015). Loneliness in the daily lives of adolescents: An experience sampling study examining the effects of social contexts. *The Journal of Early Adolescence*, 35(7), 905–930. <https://doi.org/10.1177/0272431614547049>
- Vidovic, D., Reinhardt, G. Y., & Hammerton, C. (2021). Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
- Wakefield, J. R., Bowe, M., Kellezi, B., McNamara, N., & Stevenson, C. (2019). When groups help and when groups harm: Origins, developments, and future directions of the “Social Cure” perspective of group dynamics. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(3), e12440. <https://doi.org/10.1111/spc3.12440>
- Wakefield, J. R., Kellezi, B., Stevenson, C., McNamara, N., Bowe, M., Wilson, I., Halder, M. M., & Mair, E. (2022). Social Prescribing as ‘Social Cure’: A longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a Social Prescribing pathway. *Journal of Health Psychology*, 27(2), 386–396. <https://doi.org/10.1177/1359105320944991>
- Wenger, G. . C., & Burholt, V. (2004). Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 115–127. *Sociological Abstracts*. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0028ro>
- WHO. (2008). Social determinants of health (No. SEA-HE-190). World Health Organization.
- Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I., & Huffstead, M. (2018). Posttraumatic growth in individuals with chronic illness: The role of social support and meaning making. *Journal of Counseling & Development*, 96(1), 53–63. <https://doi.org/10.1002/jcad.12177>

Chapitre 4

Volontariat et santé

Si le volontariat est reconnu pour ses effets bénéfiques sur la santé des personnes engagées, le maintien de l'engagement social reste un défi important. L'approche fonctionnelle (Clary et al., 1998) postule que les individus s'engagent pour des raisons diverses, et que la persistance dans l'activité dépend de la satisfaction de ces motivations. Il devient alors crucial d'identifier les motivations associées aux bénéfices psychologiques et de santé, afin de mieux soutenir les dispositifs de prescription sociale visant à réintégrer des personnes isolées à travers le volontariat. Cette étude s'appuie sur une enquête nationale menée en ligne auprès de 1 362 volontaires adultes actifs dans diverses associations en Belgique. Les répondants ont complété des mesures portant sur des variables psychologiques (satisfaction liée au volontariat, identité sociale, estime de soi, sens de la vie, soutien social perçu, solitude, bien-être) ainsi que sur des indicateurs de santé (santé perçue, comportements de santé, IMC, fréquence des consultations médicales, consommation de médicaments). Une analyse factorielle exploratoire d'une version abrégée du Volunteer Functions Inventory (VFI) a permis d'identifier trois dimensions motivationnelles : socialisation, accomplissement de soi et autoprotection. L'analyse de profils a révélé cinq configurations distinctes de motivation, dont certaines s'avèrent plus efficaces que d'autres. Les résultats montrent que la combinaison des motivations de socialisation et d'accomplissement personnel est liée à un meilleur fonctionnement psychologique. À l'inverse, une motivation centrée uniquement sur l'autoprotection est associée à une solitude accrue et à un recours plus fréquent aux soins. Toutefois, les volontaires initialement motivés par l'autoprotection, mais ouverts à la socialisation et au développement personnel, présentent un profil de bien-être équivalent à celui des individus les plus épanouis. Ces résultats plaident pour un élargissement du cadre théorique Social Cure et soulignent l'importance d'un accompagnement motivationnel ciblé dans les interventions de type prescription sociale.

Mots-clés : volontariat, motivation, santé, solitude, profils

Volontariat et santé :

Identifier les leviers motivationnels pour renforcer la prescription sociale

Volontariat et prescription sociale

Le volontariat est défini comme le fait d'aider délibérément les autres sans attendre d'avantages tangibles en retour (Wilson, 2012). Selon la loi belge du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, est considéré comme une activité de volontariat toute activité exercée (a) gratuitement (c.-à-d., sans rétribution) et librement (c.-à-d., sans obligation), (b) au profit d'autrui (c.-à-d., pas pour soi-même), (c) au sein d'une organisation à but non lucratif (c.-à-d., hors du cadre familial et privé ainsi qu'en dehors d'un contrat de travail). Ainsi, le terme *volontariat* insiste sur la motivation altruiste du volontaire renvoyant *de facto* tous les avantages de l'activité aux dits bénéficiaires de l'association accueillante.

Cependant, la littérature reconnaît que le volontariat contribue de manière importante à différents aspects de la qualité de vie des volontaires eux-mêmes ou qu'il leur permet de renforcer leur sentiment d'appartenance. D'un point de vue comportemental, la pratique du volontariat favorise l'adoption de comportements sains (Linning & Jackson, 2018). Il a été observé entre autres que les volontaires pratiquaient une activité physique plus intense (Librett et al., 2005) ou encore qu'ils optaient pour une consommation d'alcool plus saine (Pillemer et al., 2010) que les non volontaires. Pour leur part, Thoits et Hewitt (2001) observaient également que la pratique du volontariat est bénéfique pour son propre bien-être et concluait à une relation bidirectionnelle entre volontariat et santé. Autrement dit, plus le volontaire est en bonne santé, plus il est motivé à s'engager socialement et plus l'engagement social se maintient dans le temps, plus le volontaire est en bonne santé. Ces résultats soutiennent le modèle conceptuel de Berkman et al. (2000) selon lequel l'intégration à un groupe social influence la santé de l'individu principalement à travers des voies comportementales et psychologiques. Ainsi, l'intention et le maintien de l'engagement social peuvent être motivés par des raisons altruistes (c.-à-d., chercher à aider l'autre) mais également par des motifs autocentrés (c.-à-d., être volontaire me fait du bien).

Sur ce constat, la clinique s'intéresse au volontariat comme intervention pour soutenir les personnes souffrant de solitude. La solitude se définit comme un sentiment subjectif douloureux, appelé également «douleur sociale» et qui résulte d'un décalage entre les relations sociales souhaitées et les relations sociales perçues (Cacioppo et al., 2014 ; Perlman & Peplau, 1981 ; Prohaska et al., 2020). Selon la méta-analyse de Surkalim et al. (2022), la solitude atteint des niveaux problématiques pour une

proportion croissante de la population mondiale. Aucun effet d'âge, genre ou culture ne semble limiter la propagation de ce fléau rendant chacun d'entre nous potentiellement à risque (WHO, 2021). Les méta-analyses de Holt-Lunstad et al. (2010, 2015) montrent que le sentiment de solitude est aussi délétère pour la santé que ne l'est l'obésité ou le tabagisme. Plus précisément, les revues systématique et narrative de Leigh-Hunt et al. (2017) mettent en évidence une association significative entre l'isolement social et la solitude et l'augmentation de la mortalité toutes causes confondues, de même qu'entre l'isolement social et les maladies cardiovasculaires. Ainsi, lorsque l'individu se sent seul sa santé se détériore rapidement. Dans de telles conditions, la personne esseulée a tendance à se tourner vers le médecin généraliste qui lui fournira une réponse médicale.

En psychologie sociale, une multitude de résultats en matière de santé physique et mentale découlent d'une appartenance significative à des groupes sociaux dans divers contextes (voir Haslam et al., 2018 ; Jetten et al., 2012). Dès lors, dans des programmes dits de *Prescription sociale* des médecins généralistes, des praticiens de la santé ou des travailleurs sociaux aident les personnes seules ou menacées de solitude à prendre part à des activités non cliniques conçues pour accroître le lien social et l'intégration sociale (WHO, 2021). Concrètement, les programmes de prescription sociale invitent les patients esseulés à joindre une organisation déjà existante qui organise des activités de préférence récréatives. Parmi les activités possibles, on retrouve aussi bien un club de sport, une chorale, ou encore une association qui accueille des volontaires. L'objectif est que le patient esseulé se sente intégré au sein du groupe qu'il rejoint (Brandling & House, 2009 ; Wakefield et al., 2022). Ce faisant, les programmes de prescription sociale proposent une intervention sociale plutôt que médicale pour lutter contre la solitude. À terme, il est attendu que les patients esseulés (a) adoptent plus de comportements sains et limitent les comportements à risque et (b) ressentent une amélioration au niveau de leur santé mentale. Ces améliorations comportementales et psychologiques devraient dans un second temps améliorer la santé et ainsi réduire leur consommation en soin de santé (c.-à-d., moins de visites chez le médecin généraliste et réduction de la médication).

Bien que la proposition de la prescription sociale soit séduisante, son efficacité est très variable d'un programme à l'autre (p.ex., Jenkinson et al., 2013). Si Librett et al. (2005) observaient des différences dans la pratique d'une activité physique entre les volontaires et les non volontaires, ils observaient également des disparités au sein des volontaires eux-mêmes. Ces différences pouvaient aller jusqu'à pratiquer une activité physique 2.6 fois plus intense pour les volontaires engagés dans une association écologiste comparativement aux volontaires engagés dans d'autres types d'associations. Quant à la réduction attendue en consommation de soins de santé, les résultats sont tout aussi contrastés. Brandling et House (2009) observaient que les

patients esseulés référés à un programme de prescription sociale ne consultaient pas moins le médecin généraliste à court-terme. De manière plus nuancée, Kimberlee (2013) estimaient que 60% des volontaires fragiles impliqués dans le programme de prescription sociale de Bristol diminuaient la fréquence des contacts avec le médecin généraliste, 26% ne modifiaient pas ce comportement et 14% d'entre eux s'y rendaient davantage. Pire, en cas d'échec de la prescription sociale, la consommation en soin de santé a tendance à augmenter (Polley et al., 2017). Quant à la médication, Grant et al. (2000) observaient que les patients référés à un programme de prescription sociale diminuaient bien leur médication mais leur consommation restait néanmoins à un niveau supérieur à la moyenne de la population. Ce constat mitigé tend à casser l'enthousiasme et les espoirs vis-à-vis de tels programmes (Bickerdike et al., 2017 ; Husk et al., 2019 ; Poole & Huxley, 2024).

Selon Haslam et al. (2024), les inconsistances observées dans les programmes de prescription sociale s'expliquent par trois problèmes majeurs. Premièrement, le terme de prescription sociale rassemble un ensemble de pratiques athéoriques qui manquent d'un modèle basé sur des données probantes (Stevenson et al., 2019). Généralement, les créateurs de programmes de prescription sociale se limitent à décrire le rationnel de leur proposition en se basant sur des suppositions de type "Si ... alors" (Husk et al., 2019, 2020). Bien que ces initiatives soient motivées par une véritable envie de bien faire, elles ne mettent pas en évidence les éventuelles clés de leur succès. Deuxièmement, faute de connaître les processus psychologiques impliqués dans le changement attendu, il est impossible de comprendre comment et pourquoi l'intervention fonctionne (p.ex., Costa et al., 2021). Sans cette connaissance fondamentale, les initiatives de prescription sociale continuent à travailler en aveugle et ne sont pas en mesure d'assurer l'efficacité de leur initiative. À l'inverse, l'identification des processus impliqués lors de la prescription sociale assurerait une meilleure maîtrise de l'intervention. Troisièmement, sans modèle théorique éprouvé, non seulement il est impossible de construire des programmes réellement efficaces mais il est également impossible d'outiller les intervenants adéquatement (Stevenson et al., 2019 ; Wakefield et al., 2022). Ce n'est que dans la mesure où les intervenants comprendront sur quels processus travailler qu'ils assureront l'efficacité de leur intervention.

Actuellement, la littérature met en évidence deux conditions à l'efficacité de la prescription sociale : la nécessité de s'identifier au groupe social intégré et la capacité du groupe social à répondre aux attentes des volontaires. Ainsi, le courant Social cure fournit une littérature abondante mettant en avant le rôle essentiel du processus d'identité sociale (Jetten et al., 2012). Ces chercheurs en psychologie sociale et de la santé cherchent à promouvoir le rôle essentiel des facteurs sociaux sur la santé. Ce cadre théorique postule que ce n'est que dans la mesure où l'individu s'identifiera au

groupe auquel il s'affilie qu'il pourra espérer tirer bénéfice de son intégration sociale. Plus précisément, Haslam et al. (2024) considèrent que les programmes de prescription sociale seront plus efficaces pour la santé et le bien-être des personnes s'ils aident les patients esseulés à joindre un groupe social auquel ils pourront s'identifier. De cette manière, la prescription sociale gagnera en efficacité si le groupe social intégré répond à certains critères de qualité. Toujours selon l'hypothèse Social cure (Haslam et al., 2024), la prescription sociale sera d'autant plus efficace si le groupe social ciblé et le patient esseulé partagent préalablement une identité sociale commune (p.ex., issus de la même communauté religieuse). Le groupe social devrait également être suffisamment structuré pour offrir des opportunités de contact en face-à-face régulier et continu (Berkman et al., 2000). En effet, Morrow-Howell et al. (2003) observaient un effet *dose-répondant* : plus le volontaire consacre du temps à son engagement social, plus il rapporte un haut degré de bien-être. Enfin, le groupe social ciblé devrait être en mesure de répondre adéquatement aux attentes du volontaire. Lorsque ses attentes sont rencontrées, le volontaire satisfait est d'autant plus susceptible de poursuivre son engagement social (p.ex., Omoto & Snyder, 1995 ; Stukas et al., 2009).

Pour répondre à ce dernier critère de qualité, encore faut-il que le volontaire esseulé soit conscient des attentes qui nourrissent sa motivation à se conformer à l'intervention de prescription sociale. Malheureusement, les auteurs dans le domaine de la prescription sociale s'intéressent encore fort peu aux motivations des volontaires référés. Il a néanmoins déjà été mis en évidence par Husk et al. (2019) que les patients esseulés sont plus susceptibles de s'engager dans l'intervention lorsqu'ils croient que la prescription sociale peut leur être bénéfique. Thoits et Hewitt (2001) observaient des bénéfices différents en termes de santé selon le degré de motivation du volontaire. Dans une démarche de ressources humaines, la littérature sur les motivations à faire du volontariat apporte toutefois des clés de compréhension pertinentes à l'élaboration des programmes de prescription sociale. Finkelstein et al. (2005) envisageaient la motivation à faire du volontariat comme un processus dynamique qui évolue au fil de la pratique de l'activité. Selon ces auteurs, le maintien de l'engagement social serait peu influencé par les motivations initiales du volontaire. En revanche, ils observaient que le rôle central des motivations liées à l'identité sociale et à la satisfaction des attentes apparaît plus tard dans le processus. Sur cette base, ils suggéraient de prêter attention aux motivations du volontaire le plus tôt possible dans le processus d'intégration sociale et de les réévaluer périodiquement afin de les réajuster au mieux. C'est d'autant plus important que contrairement aux autres volontaires, le critère d'engagement « libre » n'est pas respecté dans le cadre de la prescription sociale. En effet, l'étude sur le volontariat obligatoire (mandatory volunteering) de Stukas et al. (1999) suggérait que les volontaires qui se voyaient contrôler par une instance externe avaient tendance à inhiber l'activation de leur identité sociale et par conséquent, ces volontaires étaient moins enclins à poursuivre dans le volontariat par la suite. Stukas et al. (2005)

montraient également l'importance qu'induire des attentes pertinentes et réalistes dans le chef du volontaire contribue à un plus haut niveau de satisfaction et favorise le maintien de son engagement social à terme.

Pour résumer, le volontaire référé à un programme de prescription sociale devrait (1) développer des attentes réalistes pour s'assurer qu'elles soient ultérieurement rencontrées, (2) choisir une activité de volontariat au sein d'un groupe social capable de répondre adéquatement à ses besoins, (3) s'engager à fréquence régulière pour assurer l'effet dose-répondant attendu en termes de bien-être et de santé, et (4) activer son identité sociale en tant que volontaire pour déclencher le cercle vertueux du volontariat. Pour y parvenir, les motivations à faire du volontariat ont un rôle important à jouer. Si cette recommandation semble pertinente pour les interventions de prescription sociale, encore faut-il comprendre quelle motivation activer et à quel moment du décours de l'engagement social pour améliorer sensiblement ces interventions. Or ces connaissances manquent cruellement dans la littérature actuelle.

Motivations à faire du volontariat

L'étude des motivations à faire du volontariat s'est longtemps limité à une conceptualisation dichotomique variant d'un auteur à l'autre. D'un côté, Frisch et Gerrard (1981) opposaient les motivations altruistes (c.-à-d., souci du bien-être d'autrui) aux motivations autocentrées (c.-à-d., désir de se sentir bien dans sa peau). Cette division manque de pertinence dans le cadre de la prescription sociale car les motivations altruistes passent clairement au second plan. De plus, un tel prisme fait émerger des questions philosophiques qu'il est difficile de trancher. Est-ce que l'altruisme affiché dans le comportement d'aide à autrui est réellement dénué d'intérêt égoïste ? Force est de constater que la littérature tend à démontrer le contraire. D'un autre côté, Gidron (1978) distinguait au sein des motivations autocentrées des motivations *intrinsèques* (c.-à-d., en raison de la valeur inhérente, de l'intérêt et de l'agrément de l'activité) et des motivations *extrinsèques* (c.-à-d., en raison de normes sociales contraignantes). Ainsi, il pourrait être recommandé que le travail motivationnel lié à la prescription sociale soutienne le passage des motivations *extrinsèques* (p.ex., l'adhérence à la prescription sociale est motivée par le fait qu'elle soit une condition *sine qua non* à l'accès à d'autres soins de santé) vers des motivations *intrinsèques* (p.ex., le volontaire perçoit son engagement social comme une occasion de se développer personnellement). Toutefois, une telle recommandation manque de nuance. On peut légitimement s'attendre à ce que le développement personnel prenne des formes différentes d'un volontaire à l'autre. Or, le travail motivationnel nécessite une connaissance plus précise des attentes des volontaires pour gagner en efficacité.

Cette connaissance est fournie par l'approche fonctionnelle des motivations à faire du volontariat (Clary et al., 1998). Ce cadre théorique majeur postule que le volontaire

cherche, en plus d'aider les autres, à combler un ou plusieurs besoins à travers son engagement social (p.ex., Mannino et al., 2011 ; Stukas et al., 2016) et que les différentes motivations à aider autrui peuvent aboutir à des résultats différents d'un volontaire à l'autre (Weinstein & Ryan, 2010). Cette conceptualisation issue de la psychologie sociale offre une vision plus nuancée de la motivation autocentrée du volontaire. L'accent est mis sur les fonctions que remplissent le volontariat (c.-à-d., besoins rencontrés et buts atteints grâce à cette activité). Ainsi, Clary et al. (1992) partaient des postulats que (1) une même activité de volontariat peut satisfaire des besoins différents d'un volontaire à l'autre et (2) un volontaire peut être motivé simultanément par plusieurs raisons (p.ex., Cornelis et al., 2013). Ces auteurs ont identifié six fonctions primaires au volontariat : (a) *valeur*, agir en accord avec les préoccupations altruistes et humanitaires de l'aide à autrui ; (b) *compréhension*, acquérir de nouvelles compétences et connaissances ; (c) *sociale*, renforcer les relations sociales actuelles ; (d) *carrière*, acquérir une expérience professionnelle supplémentaire ; (e) *protection*, réduire les sentiments négatifs, typiquement le sentiment de solitude ; et (f) *valorisation*, augmenter ses propres sentiments de valeur personnelle et d'estime de soi. En 1998, Clary et al. ont développé le Volunteer Functions Inventory (VFI) pour mesurer les six types de motivations identifiés. En 2004, Esmond et Dunlop ont développé le Volunteer Motivations Inventory (VMI) en ajoutant quatre dimensions à celles du VFI : (g) *réciprocité*, espérer un retour sur investissement de l'engagement social investi ; (h) *reconnaissance*, apprécier la reconnaissance sociale qu'apporte le volontariat ; (i) *réactivité*, aborder ses propres problèmes passés ou actuels ; et (j) *interaction sociale*, construire un nouveau réseau social et apprécier l'aspect social de l'interaction avec les autres. Notons que l'ajout de la dimension *interaction sociale* à la dimension *sociale* du VFI correspond à la distinction faite par Okun et Schultz (2003). Selon ces derniers, d'un côté, le volontaire cherche à étendre ou à créer de nouveaux réseaux sociaux, et d'un autre côté, le volontaire cherche à maintenir son réseau social existant.

Malheureusement, les études envisagent généralement les dimensions séparément faisant fi du second postulat selon lequel le volontaire peut être motivé simultanément par plusieurs raisons différentes. Les analyses corrélationnelles examinant les effets de chaque dimension ne permettent pas d'appréhender la combinaison des motivations à faire du volontariat (p.ex., Güntert et al., 2016 ; Stukas et al., 2016). D'autres types d'analyses doivent être appliquées afin de mettre en évidence la co-occurrence des motivations et leur lien. À cette fin, le recours à un score moyenné à travers les dix dimensions, comme l'avait fait Xu et al. (2021), n'est pas envisageable car cette technique d'agrégation ne reflète pas le fait que les motivations fonctionnent de manière interactive (Asendorpf et al., 2001). Par contre, les analyses multivariées par profilage permettent d'examiner la structure intra-individuelle des motivations du volontaire et d'identifier un nombre limité de groupes naturels au sein de l'échantillon.

Cette technique d'analyse multivariée implique une approche exploratoire non supervisée sans aucune transformation des données initiales. De la même manière que l'analyse factorielle cherche des patterns de réponses à travers un set de variables, l'analyse par profilage cherche des patterns de réponses à travers les personnes de l'échantillon. Il devient dès lors possible de tenir compte de la coexistence en proportions différentes des motivations à faire du volontariat sans perte d'information (Howard & Hoffman, 2018). Ainsi, la méthode statistique par profilage permet de tenir compte de la complexité du construit investigué.

À ce jour, très peu d'études ont examiné les combinaisons des différentes motivations dans le chef du volontaire en utilisant le profilage (p.ex., Avsec et al., 2024 ; Ballard et al., 2015 ; Demir et al., 2019 ; Geiser et al., 2014). Geiser et al. (2014) a identifié six profils de motivations en utilisant la Motivation to Volunteer Scale (Grano & Lucidi, 2005). Leurs profils présentaient des degrés différents de motivation intrinsèque et extrinsèque. Leurs comparaisons montraient des différences de genre et de nationalité entre des collégiens américains et italiens. Ballard et al. (2015) identifiaient quatre profils de motivation à faire du volontariat politique. Ils observaient des préoccupations politiques différentes selon que le jeune volontaire était issu de l'immigration ou non. Demir et al. (2019) a identifié cinq profils de volontaires à partir d'une version du VFI adaptée à la culture turque. Le but de leur étude était d'améliorer les efforts de recrutement et de maintien des volontaires en appliquant au secteur non marchand des techniques de gestion issues du marketing. Ces trois premières études ne permettent pas de comprendre comment ces constellations de motivations sont reliées aux bénéfices auxquels le volontaire peut prétendre notamment pour sa santé mentale et physique. Tout récemment, dans une approche clinique, Avsec et al. (2024) a identifié quatre profils de motivation à faire du volontariat en utilisant le VFI (Clary et al., 1998). Il s'agissait de : (a) *fonction intégrée faible*, niveaux faibles de toutes les motivations ; (b) *fonction intégrée élevée*, niveaux élevés de toutes les motivations ; (c) *orienté vers soi*, principalement motivé pour faire progresser sa propre carrière ; et (d) *orienté vers l'autre*, principalement motivé pour poursuivre des valeurs afin d'aider les autres. En comparant ces profils, les auteurs ont observé que les volontaires fortement motivés rapportaient des taux de satisfaction plus élevés en termes de besoins de sociaux et de compétence que les autres volontaires. De la même manière, les volontaires principalement orientés vers les autres présentaient des niveaux plus élevés de satisfaction dans leur besoin d'autonomie par comparaison aux autres volontaires. Des considérations supplémentaires au niveau des traits de personnalité étaient discutées par ailleurs.

Ces premières études montrent qu'il est pertinent d'utiliser le profilage lorsqu'il s'agit d'investiguer les motivations à faire du volontariat. À chaque fois, des profils très faiblement et très fortement motivés étaient identifiés. Entre ces deux profils extrêmes,

les profils identifiés différaient d'une étude à l'autre selon l'intérêt des auteurs et l'outil de mesure utilisé. Systématiquement, les comparaisons entre les profils ont présenté des différences significatives d'un profil à l'autre indiquant le pouvoir discriminant des motivations à faire du volontariat. Ce constat montre bien l'intérêt d'étudier les profils de motivations à faire du volontariat en vue d'implications cliniques.

À ce stade, les connaissances apportées par Avsec et al. (2024) ne suffisent pas encore à soutenir le travail motivationnel lié à la prescription sociale. Pour rappel, de tels programmes visent à améliorer la santé des patients référés en réduisant leur sentiment de solitude. Dans ce cas, il faudrait étendre la relation des motivations à faire du volontariat au-delà du bien-être en s'intéressant également au sentiment de solitude et à la santé physique. Une autre limite de l'étude d'Avsec et al. (2024) réside dans le choix des variables investiguées. Ces auteurs montraient que des hauts niveaux d'extraversion, d'agréabilité et d'ouverture étaient associés à des motivations altruistes. Si cette connaissance apporte un éclairage intéressant sur la tendance naturelle du volontaire, la personnalité n'est pas facilement modifiable cliniquement pour autant. De ce fait, la personnalité ne peut être une cible clinique dans une intervention de première ligne pour espérer induire un certain type de motivation plutôt qu'un autre. Par contre, la littérature sur la participation sociale met en évidence des médiateurs potentiels dans la relation entre la participation sociale et la santé. Ainsi, le modèle de Berkman et al. (2000) suggère que le groupe social influence la santé de ses membres à travers les voies comportementale (p.ex., régime alimentaire, activité physique, consommation de tabac ou d'alcool) et psychologique (p.ex., support social, sens du bien-être). Contrairement à la personnalité, ces comportements de santé et processus psychologiques sont modifiables grâce à des interventions cliniques. Il serait donc intéressant de comprendre comment les motivations à faire du volontariat sont reliés à ces cibles cliniques potentielles. Sur une telle base, les créateurs de programmes de prescription sociale auraient des recommandations claires sur les motivations à travailler en priorité avec les patients référés. C'est pourquoi d'autres études devraient poursuivre le travail d'Avsec et al. (2024) en investiguant ces nouvelles variables d'intérêt.

Présente étude

La présente étude s'est intéressée aux motivations spontanées des volontaires afin de comprendre comment ces motivations sont reliées aux conséquences positives attendues lors de la pratique du volontariat. En utilisant le profilage, il sera possible d'identifier des patterns de motivations au sein de l'échantillon de volontaires. De cette manière, nous examinerons (1) comment les motivations à faire du volontariat se combinent, et (2) comment les différents profils de motivation sont associés aux bénéfices attendus en termes de bien-être psychosocial et de comportements de santé.

Cette étude s'inscrit également dans l'hypothèse Social cure selon laquelle ce n'est que dans la mesure où l'individu s'identifie au groupe social auquel il s'affilie qu'il pourra en tirer bénéfice (p.ex., Jetten et al., 2012). Ainsi, l'activation de l'identité sociale permettrait au volontaire d'améliorer son estime de soi (p.ex., Russell et al., 2019), de donner du sens à sa vie (p.ex., Negru-Subtirica et al., 2016 ; Thoits, 2012), de percevoir du support social via le groupe dans lequel il s'est affilié (p.ex., Haslam et al., 2011), et de réduire un éventuel sentiment de solitude (p.ex., Haslam et al., 2022). Cette amélioration du fonctionnement psychosocial du volontaire devrait dans un second temps agir positivement sur le bien-être (p.ex., Thoits, 2012), les comportements de santé (p.ex., Martin & Woolf-May, 1999), la santé perçue (p.ex., Kumar et al., 2012), ainsi que sur des indicateurs de santé mentale comme l'anxiété ou la dépression (p.ex., Musick & Wilson, 2003).

Sur cette base, nous nous attendions aux résultats suivants. Plus le volontaire est motivé à se socialiser lors de son activité de volontariat plus il tissera des liens forts avec les autres membres du groupe (H1a) et par conséquent, plus il activera son identité sociale (H1b). Par l'activation de l'identité sociale, la motivation à se socialiser devrait être associée à des degrés plus élevés en termes de sens dans la vie (p.ex., Thoits, 2012), de support social perçu (p.ex., Wakefield et al., 2022), et de bien-être (p.ex., Costa et al., 2021) ainsi qu'un sentiment de solitude réduit (p.ex., Staras et al., 2024) (H1c). Nous faisons également l'hypothèse que les volontaires dont les motivations à faire du volontariat sont plutôt autocentrées devraient être prompt à prendre soin de leur personne et ainsi opter pour davantage de comportements sains (p.ex., Moffatt et al., 2017) et limiter les comportements à risque (p.ex., Pillemer et al., 2010) (H2). Enfin, conformément aux résultats observés par Brandling et House (2009) et Grant et al. (2000), les volontaires qui cherchent à faire face à leurs propres difficultés par le biais du volontariat devraient continuer à consommer davantage les soins de santé que la moyenne générale (H3).

Afin d'assurer la généralisation des résultats, l'échantillon utilisé doit être hétérogène rassemblant des volontaires de tous les âges à partir de 18 ans, investis dans une variété de tâches de volontariat au sein d'organismes différents. Nous nous attendions à ce que différents profils de motivation à faire du volontariat émergent à travers l'échantillon de volontaires. Conformément aux études précédentes (p.ex., Avsec et al., 2024 ; Ballard et al., 2015 ; Demir et al., 2019 ; Geiser et al., 2014), nous nous attendions à identifier au moins les deux profils très faiblement et très fortement motivés sur toutes les dimensions. Entre ces deux profils extrêmes, nous espérons que les autres profils se distinguent par des degrés différents de motivation à se socialiser.

Pour assurer que les résultats observés ne soient pas dû à un éventuel effet dose-répondant, les profils seront préalablement comparés selon l'ampleur de leur engagement social. En ce sens, on ne peut se satisfaire d'une mesure dichotomique

volontaire/non volontaire (p.ex., Cornelis et al., 2013 ; Güntert et al., 2016 ; Russell et al., 2019 ; Stukas et al., 2016). C'est pourquoi, la mesure du volontariat doit tenir compte des modalités pratiques qu'impliquent l'engagement social (Morton et al., 2024) en termes de temps alloué à l'activité de volontariat (p.ex., Carr et al., 2018), la fréquence (p.ex., Geiser et al., 2014) et la durée de l'engagement social (p.ex., Thoits, 2012).

Méthode

Procédure et participants

Cette étude a utilisé une partie des données récoltées lors d'une enquête de niveau national diffusée auprès des membres de la Mutualité Chrétienne. Il s'agit d'une des principales sociétés d'assurance en soin de santé en Belgique. Elle défend les droits en termes de santé de 4.6 millions de Belges. L'ensemble de l'enquête a été traduit dans les deux langues nationales (français et néerlandais) par l'équipe d'interprétation de la Mutualité Chrétienne. Le questionnaire a été diffusé en ligne auprès des membres de la Mutualité Chrétienne de novembre 2017 à février 2018. Il était clairement annoncé que l'étude examinerait le lien entre la participation sociale, les relations sociales, la santé et la consommation en soin de santé. Les répondants ont pu donner librement leur autorisation quant à l'accès à leurs données en soin de santé dont la Mutualité Chrétienne dispose à leur sujet pour l'année 2018. Ces données relatives aux soins de santé reçus par les participants n'ont été disponibles pour nos analyses que dans le courant de l'année 2021. Tous les aspects éthiques ont été contrôlés par le service juridique de la Mutualité Chrétienne. Dans l'échantillon initial ($N = 16\,981$), le processus de sélection a identifié les 1 361 répondants qui ont (a) donné leur accord d'accès à leurs données de soins de santé, (b) complété l'enquête jusqu'à son terme et (c) rapporté avoir une participation sociale en tant que volontaire (voir Figure 1).

Les quelques données manquantes ($< 2\%$ par variable) ont été remplacées par la moyenne de la variable. Ce sous-échantillon était composé de 54.9 % de femmes, d'un âge moyen de 59.76 ans (écart-type : 15.446 ; étendue : 19-86), dont 25.6 % étaient célibataires, 54.6 % étaient (pré)retraités et 32.8% avaient un emploi.

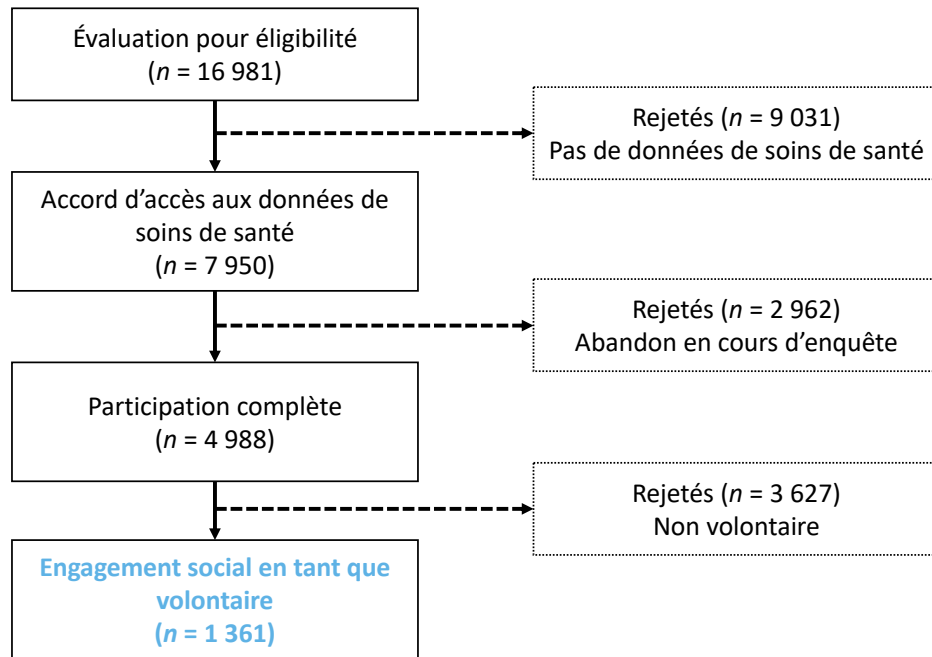


Figure 1. Processus de sélection des répondants à inclure dans l'étude

Mesures

Pour répondre à la question de recherche, les mesures extraites de la base de données initiale concernaient (a) les motivations à faire du volontariat, (b) les modalités pratiques de l'activité de volontariat, (c) le fonctionnement psychosocial du volontaire, et (d) les comportements de santé ; à savoir 74.2 % des mesures de l'enquête totale.

Variable indépendante

Le Volunteer Motivation Inventory (VMI, Esmond & Dunlop, 2004) a été préféré au Volunteer Function Inventory (VFI, Clary et al., 1992) parce que plus complet et plus récent. Le VMI est initialement composé de 10 dimensions mesurées à l'aide de 44 items en format Likert allant de 1 *Fortement en désaccord* à 5 *Fortement en accord*. Étant donné qu'il était impératif de limiter la longueur de l'étude, le VMI a été réduit à un item par dimension. Ce choix pratique a pour conséquence de réduire la validité de la mesure de chaque dimension. Pour dépasser cette limite et faciliter l'interprétation ultérieure des profils, nous avons voulu vérifier s'il était possible de résumer l'information en un nombre restreint de facteurs en menant une analyse factorielle exploratoire sur le jeu

de données. Au préalable, nous avons défini deux critères pour décider d'une éventuelle utilisation des scores factoriels lors de la création des profils. D'un côté, un facteur comprenant la recherche de socialisation était essentiel afin de tester notre première hypothèse. D'un autre côté, les facteurs obtenus devaient s'interpréter de manière aisée et cohérente. Dans le cas où l'un de ces deux critères n'était pas rencontré, les profils seraient créés à partir des 10 items initiaux.

L'analyse factorielle exploratoire des données récoltées au moyen du VMI a abouti à trois facteurs aisément interprétables (voir Tableau 1). Ainsi, le premier facteur Accomplissement de soi regroupait toutes les motivations qui visent à un développement personnel cohérent et équilibré (c.-à-d., estime de soi, reconnaissance, réciprocité, compréhension, carrière et valeur). Le deuxième facteur Autoprotection regroupait les deux motivations en lien direct avec des difficultés personnelles passées ou actuelles (c.-à-d., protection et réactivité). Le troisième facteur Socialisation regroupait les motivations à maintenir ou étendre son réseau social via l'activité de volontariat (c.-à-d., intégration sociale et social). Comme attendu, la présence de ce facteur Socialisation va permettre de tester la première hypothèse de cette étude. Au vu de la cohérence des résultats de l'analyse factorielle exploratoire et des indicateurs corrects de validité interne (Accomplissement de soi, 6 items, $\alpha = .698$; Autoprotection, 2 items, $r = .172^{**}$; Socialisation, 2 items, $r = .494^{**}$), il a été décidé d'utiliser ces scores factoriels pour les analyses ultérieures.

Variables dépendantes

Dans cette étude, les principaux bénéfices généralement attendus pour le volontaire ont été mesurés. Ainsi, les variables dépendantes sont rassemblées en deux catégories : (a) les processus psychosociaux dont la satisfaction à faire du volontariat, l'identité sociale, l'estime de soi, le sens de la vie, le support social perçu, le sentiment de solitude, le bien-être et la qualité des liens sociaux ; (b) la santé perçue et les comportements de santé dont les comportements sains, les comportements à risque, l'indice de masse corporelle (IMC), et la consommation objective en soin de santé.

Processus psychosociaux. La plupart des échelles de mesure utilisées pour évaluer les processus psychosociaux ont été réduites dans le but de limiter la longueur de l'enquête.

Satisfaction à faire du volontariat (SfV). Les répondants évaluaient en trois items que nous avons composés si leur travail en tant que volontaire (a) est épuisant, (b) leur procure de l'énergie, et (c) de la satisfaction. Le premier item a été inversé dans le calcul du score. L'alpha de Cronbach était de .608.

Tableau 1. Matrice de la structure fixée à 3 facteurs et statistiques descriptives

Items sélectionnés du VMI	Dimension	Moyenne (ET)	Accomplissement de soi	Autoprotection	Socialisation
<i>Ça me donne une image positive de moi-même</i>	Estime de soi	3.64 (0.966)	.653	.327	-.346
<i>Je me sens apprécié et respecté</i>	Reconnaissance	3.87 (0.895)	.635	.308	-.383
<i>Je sais que je reçois aussi en retour</i>	Réciprocité	3.42 (1.216)	.544	.307	-.357
<i>Ça m'ouvre de nouvelles perspectives sur le monde, la vie</i>	Compréhension	3.96 (0.898)	.528	.174	-.321
<i>Je vois une manière de développer ma carrière, mes compétences</i>	Carrière	2.62 (1.208)	.458	.345	-.330
<i>J'accorde de l'importance dans le service à autrui</i>	Valeur	4.39 (0.728)	.336	.037	-.099
<i>Cela me permet de m'échapper de mes propres problèmes</i>	Protection	2.16 (1.177)	.187	.856	-.278
<i>Ayant eu des problèmes personnels, je veux aider les autres</i>	Réactivité	2.66 (1.240)	.239	.431	-.113
<i>Je me fais de nouveaux amis et j'élargis mon réseau social</i>	Intégration sociale	3.95 (0.881)	.423	.224	-.742
<i>J'y retrouve mes amis et connaissances proches</i>	Sociale	3.87 (1.029)	.290	.180	-.664
Descriptives des facteurs observés					
N items			6	2	2
Fiabilité			$\alpha = .698$	$r = .172^{**}$	$r = .494^{**}$
Moyenne (ET)			3.65 (.632)	2.41 (1.001)	3.91 (.827)
Corrélations entre les facteurs					
Autoprotection			.318**	—	
Socialisation			.421***	.183**	—

Note. Le VMI était réduit à un item par dimension. N valides = 1361. $Min = 1$; $Max = 5$. Rotation a convergé en 6 itérations.

** Corrélacion est significative au niveau de .010.

Identité sociale (ISo). Le pictogramme des cinq cercles de Swann (2012) a été utilisé pour évaluer l'expérience de la fusion de groupe (c'est-à-dire l'identité sociale avec les autres participants). Cinq images montraient divers degrés de chevauchement entre deux cercles représentant respectivement le « soi » et le « groupe » (voir Figure 2). La réponse était codée de 1 = *pas de chevauchement* à 5 = *chevauchement complet*

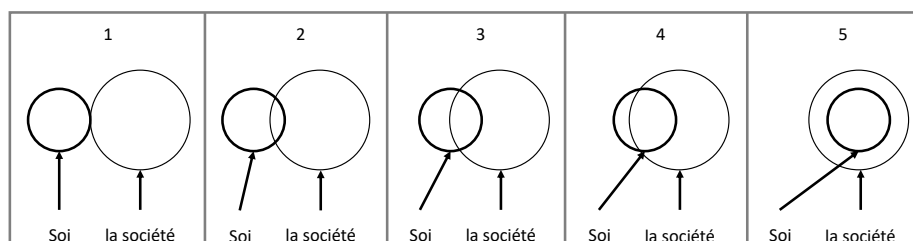


Figure 2. Item Inclusion du Soi dans l'Autre de Swann et (2012)

Estime de soi (ES). La Rosenberg Self-esteem scale (1965) a été réduite aux cinq items mesurant le *soi global* (Cronbach's $\alpha = .818$) pour évaluer l'attitude positive ou négative de l'individu à l'égard de soi en tant qu'un tout.

Sens de la vie (SV). Le Meaning in Life Questionnaire (Steger et al., 2006) était réduit aux quatre items de la dimension *Présence* et évaluait le sens subjectif que l'individu donne à sa vie (*Je comprends le sens de ma vie, Je sais dire ce qui fait que ma vie a du sens, J'ai découvert une raison de vivre qui me satisfait, Ma vie n'a pas de but précis*). L'alpha de Cronbach était de .601.

Support social perçu (SSP). Nous avons demandé aux répondants d'évaluer en trois items s'ils avaient le sentiment d'avoir (a) suffisamment de personnes dans leur entourage pour fournir (b) du support matériel et (c) du support émotionnel s'ils en ressentaient le besoin. L'alpha de Cronbach était de .789.

Sentiment de solitude (SS). Les répondants recevaient les trois items de la Short Scale for Measuring Loneliness (Hughes et al., 2004) pour évaluer leur sentiment de solitude général (*Je sens que je manque de compagnie, Je me sens abandonné, Je me sens isolé des autres*). Cette échelle mesure assez bien la solitude globale malgré son format très court. L'alpha de Cronbach était de .856.

Bien-être (BE). Le Pemberton Happiness Index (Hervas & Vazquez, 2013) était réduit aux 11 items de la dimension *Bien-être mémorisé* et examinait le bien-être social, hédonique, eudémonique et général qui ont été transformé en un score moyenné. L'alpha de Cronbach était de .877.

Liens sociaux. La force des liens sociaux a été évaluée dans quatre sphères sociales de la vie privée : famille, amis, voisins, et autres membres du groupe social où l'activité

de volontariat est pratiquée. Il a été demandé quel est l'état actuel des relations au sein de chaque sphère sociale à l'aide d'une échelle de Lickert de 0 *Pas de lien du tout* à 4 *Des liens très forts*. Les résultats de l'analyse factorielle ne permettaient pas de résumer ces informations en un score unique. Il semble que les sphères sociales soient bien distinctes les unes des autres. Les quatre items seront traités séparément dans les analyses ultérieures.

À l'exception de l'indicateur de l'identité sociale, le format Likert a été uniformisé à travers le questionnaire en utilisant une échelle à 5 points allant de 0 = *fortement en désaccord* à 1 = *fortement d'accord*.

Comportements de santé. Les variables de santé comprenaient à la fois une dimension subjective (c.-à-d., la santé perçue) et objective (c.-à-d., adoption de comportements sains et à risque, l'IMC, consommation en soin de santé dans l'année qui a suivi l'enquête).

Santé perçue. Ce score a été créé à partir de trois items évaluant (a) l'état de santé général perçu sur une échelle de Likert à 6 points de *Très mauvais* à *Très bon*, (b) la présence ou absence d'une maladie de longue durée, et (c) une éventuelle perte d'autonomie liée à un problème de santé sur une échelle de Likert à 3 points de *Pas limité du tout* à *Très limité*. Les corrélations non paramétriques étaient toutes les trois hautement significatives au seuil de .010 : $r_{\text{état de sante} - \text{maladie chronique}} = .508$; $r_{\text{état de sante} - \text{perte d'autonomie}} = .475$; $r_{\text{maladie chronique} - \text{perte d'autonomie}} = .521$.

Comportements sains. Une échelle, développée par la Mutualité Chrétienne et composée de huit items, a évalué les comportements sains tels que le contrôle du poids, l'alimentation et la pratique d'une activité physique. Le format Likert comprenait 5 points de 0 *Jamais* à 4 *Toujours*. L'alpha de Cronbach était de .723.

Comportements à risque. Les répondants étaient invités à signaler si leur consommation dépassait (a) deux cigarettes et (b) deux verres d'alcool par jour. Ces deux items dichotomiques ont également été créés par la Mutualité Chrétienne. Étant très faiblement corrélés, ils ont été traités séparément.

Indice de masse corporelle (IMC). Les problématiques de santé associées à un IMC trop élevé, tel que l'obésité, ou trop faible, comme le sous-poids, justifient l'utilisation de cet indicateur comme une mesure pertinente de l'état de santé général. Dans le cadre de cette étude, l'IMC a été calculé à partir des données auto-déclarées relatives au poids et à la taille des participants, en appliquant la formule standard : poids/taille².

Recours aux soins de santé (RSS). La consommation en soin de santé s'est focalisée plus précisément sur les contacts avec le médecin généraliste et sur la consommation de médicaments ayant fait l'objet d'un remboursement total ou partiel de la part de la Mutualité Chrétienne pour l'année 2018. La variable Médecin généraliste (GP) totalisait

l'ensemble des consultations et des visites à domicile réalisées par le médecin généraliste. La variable Médication incluait la consommation totale de médicaments toutes les catégories confondues en utilisant le format universel Defined Daily Dose (DDD²). La DDD est définie comme la dose d'entretien moyenne estimée par jour pour un médicament utilisé chez l'adulte dans son indication principale.

En Belgique, le système de soin de santé est performant. L'affiliation à un organisme d'assurance maladie y est obligatoire. La plupart des soins faisant l'objet d'un remboursement au moins partiel, chaque membre déclare ses dépenses en soin de santé de manière quasi exhaustive. En ce sens, les données fournies par la Mutualité Chrétienne sont représentatives de la consommation réelle et indirectement de la santé des répondants.

Variables contrôles

Deux types de variables contrôles ont été mesurées : (a) des variables permettant de décrire l'ampleur de l'activité en tant que volontaire et (b) les déterminants sociaux de la santé reconnus dans la littérature.

Ampleur de l'activité de volontariat. La littérature indique que les modalités du volontariat peuvent exercer une influence sur les bénéfices escomptés par le volontaire. Ainsi, un effet dose-répondant était observé à plusieurs reprises – plus l'activité de volontariat est pratiquée, plus le volontaire est en bonne santé – (p.ex., Morrow-Howell et al., 2003 ; Thoits & Hewitt, 2001). Si ces modalités pratiques devaient présenter des différences significatives entre les profils de motivation à faire du volontariat, alors elles seraient introduites comme variables contrôles dans les analyses ultérieures. En accord avec Bonhert et al. (2010) et Morton et al. (2024), l'opérationnalisation des modalités pratiques comprenait quatre dimensions : l'engagement social, la fréquence, le temps alloué et la durée.

Engagement social. Pour rappel, le processus de sélection de l'échantillon impliquait que le répondant ait affirmé par un item dichotomique avoir une participation sociale active en tant que volontaire dans un club, une association ou une organisation en dehors de son activité professionnelle.

Fréquence. La régularité avec laquelle l'activité de volontariat est réalisée était évaluée par un item au format Lickert de 1 *Une fois par an* à 6 *Plusieurs fois par semaine*.

² La DDD est attribuée par un bureau d'experts de l'OMS pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC des principes actifs (Le IRS., 2001)

Temps alloué. Le volume horaire mensuel consacré à l'activité de volontariat était évalué par un item au format Lickert de 1 *Moins d'une heure par mois* à 8 *Plus de 61 heures par mois*.

Durée. La durée de l'engagement était évaluée par un item au format Lickert de 1 *Moins de 6 mois* à 6 *Plus de 10 ans*.

Déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé les plus influents ont été utilisés comme variables contrôles afin de neutraliser leurs effets éventuels sur les résultats. Les informations d'âge, de sexe et de niveau de pauvreté ont été fournis par la Mutualité Chrétienne.

Pauvreté. Le niveau de pauvreté était calculé par addition du nombre d'années sur la période précédant l'enquête (c.-à-d., de 2013 à 2017) pendant lesquelles le volontaire tombait sous le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM). Ce dispositif permet aux membres à faibles revenus de bénéficier d'un remboursement plus élevé de leurs soins de santé. En ce sens, le statut BIM est un bon indicateur du niveau de pauvreté.

Isolement social. En début de questionnaire, les répondants étaient invités à décliner leur composition de ménage. La variable d'isolement social a été recodée de manière dichotomique : 1, personne vivant seule et sans enfant ; et 0, toutes les autres compositions de ménage (en couple et/ou avec enfants) ou résident en collectivité.

Analyses des données

L'analyse préliminaire a consisté en un examen des statistiques descriptives et des régressions entre les trois facteurs des motivations du volontariat (c'est-à-dire Accomplissement de soi, Autoprotection et Socialisation) et toutes les variables dépendantes. L'analyse multivariée par profilage proposée par Hair et al. (2010) a été appliquée pour regrouper les répondants en fonction de leur profil de motifs de bénévolat. Des ANOVAs ont été menées pour (1) évaluer la validité des groupes, en mettant en évidence l'appartenance à un profil par rapport aux motivations du bénévolat, et (2) en comparant les groupes en termes d'ampleur de l'activité de volontariat, de variables psychosociales et de variables relatives aux comportements en matière de santé.

Résultats

Trois hypothèses ont été formulées : (1) la recherche de socialisation devrait activer l'identité sociale et, par conséquent, améliorer le bien-être du volontaire ; (2) la recherche de développement de soi devrait être associée à des comportements

favorables à la santé et limiter les conduites à risque ; et (3) la recherche de protection devrait être corrélée à un recours aux soins de santé plus fréquent que la moyenne.

Pour tester ces hypothèses, trois séries d'analyses ont été menées. Dans un premier temps, les trois facteurs issus de l'analyse factorielle exploratoire (voir supra) – socialisation, accomplissement de soi et autoprotection – ont été testés au moyen d'analyses de régression, afin d'évaluer dans quelle mesure les motivations étaient liées aux variables d'intérêt. Dans un second temps, ces facteurs ont servi à identifier des profils motivationnels distincts au sein de l'échantillon de volontaires. Enfin, les profils ainsi identifiés ont été comparés à l'aide d'analyses de variance (ANOVAs), dans le but de déterminer quels types de profils tirent le plus de bénéfices de l'activité de volontariat.

Analyses descriptives et régressions

Les analyses de régression ont examiné séparément la façon dont les processus psychosociaux et les comportements de santé évoluent lorsque les trois facteurs de la motivation à faire du volontariat (c.-à-d., Accomplissement de soi, Autoprotection, et Socialisation) varient. Le Tableau 2 présente les résultats des analyses de régression, dans lesquelles les quatre déterminants sociaux de la santé —l'âge, le sexe, la pauvreté et l'isolement — ont été introduits comme variables de contrôle.

Dans un premier temps, l'évaluation de la qualité des modèles a indiqué que toutes les régressions (voir les deux colonnes *Modèles* du Tableau 2) étaient hautement significatives, à l'exception de celle relative au *tabagisme* ($p = .050$). Toutes les variables d'intérêt étaient en partie expliquées par les motivations à faire du volontariat et les variables contrôles. Les modèles expliquaient de 1.1 % (tabagisme) à 21.9 % (bien-être) de la variance observée (voir colonne R^2 du Tableau 2). Les plus hauts pourcentages de variances expliquées par les motivations concernaient les processus psychosociaux [$\eta^2_{SSP} = .071$; $\eta^2_{BE} = .156$] et la santé perçue ($\eta^2 = .073$). Par contre, les motivations à faire du volontariat expliquaient moins bien la capacité à tisser des liens de qualité [$\eta^2_{voisinage} = .014$; $\eta^2_{famille, membres} = .042$] et très peu les comportements de santé [$\eta^2_{tabagisme} = .004$; $\eta^2_{médecin} = .017$].

Tableau 2. Résultats des régressions pour les 3 facteurs du VMI et les 9 variables dépendantes

Variables dépendantes	M (ET)	Modèles		Variance			Beta standardisés					
		F	p	R ²	η ²	%	Accomplissement de soi		Autoprotection		Socialisation	
<i>Variables psychosociales</i>												
Satisfaction à faire du volontariat	3.26 (.421)	31.529	<.001	.140	.133	95.00	.304	<.001	.007	.809	.112	<.001
Identité sociale	3.53 (.921)	26.818	<.001	.122	.080	65.57	.105	<.001	-.225	<.001	.189	<.001
Estime de soi	3.94 (.614)	29.025	<.001	.131	.118	90.08	.265	<.001	-.279	<.001	.097	<.001
Sens de la vie	3.87 (.708)	37.849	<.001	.164	.099	60.37	.248	<.001	-.256	<.001	.079	.004
Support social perçu	3.86 (.764)	25.626	<.001	.117	.071	60.68	.177	<.001	-.244	<.001	.078	.006
Sentiment de solitude	1.87 (.924)	49.831	<.001	.205	.117	57.07	-.134	<.001	.357	<.001	-.111	<.001
Bien-être	3.94 (.548)	54.003	<.001	.219	.156	71.23	.222	<.001	-.363	<.001	.159	<.001
Liens avec la famille	4.12 (.931)	15.023	<.001	.072	.042	58.33	.121	<.001	-.198	<.001	.060	.040
Liens avec les amis	3.85 (.881)	10.986	<.001	.054	.024	44.44	.090	.003	-.113	<.001	.086	.003
Liens avec les voisins	2.96 (.910)	10.996	<.001	.054	.014	25.93	.008	.806	-.094	.001	.095	.001
Liens avec les membres	3.53 (.996)	11.745	<.001	.057	.042	73.68	.050	.103	-.042	.152	.185	<.001
<i>Variables des comportements de santé</i>												
Santé perçue	0.00 (1.00)	26.504	<.001	.121	.073	60.33	.086	.003	-.282	<.001	.097	<.001
Comportements sains	2.33 (.620)	14.784	<.001	.071	.027	38.03	.140	<.001	-.039	.173	.058	.046
Tabagisme	2.10 (.474)	2.016	.050	.011	.004	36.36	-.005	.878	.012	.697	-.064	.038
Consommation d'alcool	3.08 (1.059)	12.352	<.001	.064	.010	15.63	-.024	.447	-.099	<.001	.016	.589
IMC	26.27 (4.847)	12.763	<.001	.062	.015	24.19	-.104	<.001	.113	<.001	.026	.380
Médecin généraliste	5.04 (4.514)	18.691	<.001	.088	.017	19.32	-.021	.475	.140	<.001	-.005	.857
Médication (toutes catégories)	772.28 (896.697)	39.515	<.001	.170	.011	6.47	-.054	.061	.106	<.001	.040	.145

Note. Échantillon 1 $F(7, 1351)$. Contrôle pour le sexe, l'âge, la pauvreté et l'isolement. La correction de Bonferroni était $p < .0026$

Dans un second temps, le pouvoir discriminant des facteurs de motivation à faire du volontariat a été évalué. L'analyse des pentes de régression (voir les six colonnes *Beta standardisés* du Tableau 2) confirmait que les motivations à faire du volontariat étaient plus fortement reliées aux variables psychosociales qu'aux comportements de santé. Conformément à notre première hypothèse, le facteur Socialisation était associé positivement à la force des liens sociaux avec les autres membres du groupe ($\beta = .185$; $p < .001$) et à l'identité sociale ($\beta = .189$; $p < .001$). Néanmoins, il convient de souligner que comparativement aux facteurs Accomplissement de soi et Autoprotection, le facteur Socialisation présentait les pentes les plus faibles — bien que significatives — en lien avec les autres variables psychosociales. Quant aux comportements de santé, la seule pente notable était celle avec la santé perçue ($\beta = .097$; $p < .001$). En somme, la recherche de socialisation est la motivation qui semble influencer le moins les bénéfices auxquels les volontaires peuvent prétendre. Toutefois, en accord avec l'hypothèse Social cure, son rôle pourrait être déterminant puisque la Socialisation est la motivation la mieux reliée à l'identité sociale.

La deuxième hypothèse postulait que le facteur Accomplissement de soi serait positivement associé à des comportements de santé centrés sur le soin de soi, relevant d'une démarche essentiellement autocentrée. Contrairement à nos attentes, les résultats n'ont révélé aucune association significative avec les comportements à risque. Par contre, comme attendu, le facteur Accomplissement de soi était significativement et positivement lié à la santé perçue ($\beta = .086$; $p = .003$), aux comportements sains ($\beta = .140$; $p < .001$) et à l'IMC ($\beta = -.104$; $p < .001$). Par ailleurs, force est de constater que le facteur Accomplissement de soi était plus fortement reliés aux processus psychosociaux [$\beta_{\text{Iso}} = .105$; $\beta_{\text{SIV}} = .304$] que le facteur Socialisation [$\beta_{\text{SSP}} = .078$; $\beta_{\text{Iso}} = .189$]. Autrement dit, la recherche d'accomplissement de soi semble influencer sur l'ensemble des variables psychologiques généralement reconnues dans la littérature comme des bénéfices potentiels associés au volontariat.

Enfin, dans le contexte de la prescription sociale, l'analyse de l'influence du facteur Autoprotection s'avère particulièrement pertinente. Ces programmes visent à soutenir des patients en situation d'isolement en mobilisant le volontariat comme stratégie d'adaptation face à leurs difficultés personnelles. Le sentiment de solitude y est fréquemment évoqué, et nos résultats indiquent effectivement une association très marquée entre ce sentiment et le facteur Autoprotection ($\beta = .357$, $p < .001$). Conformément à la troisième hypothèse, le facteur Autoprotection s'est révélé être le plus fortement associé aux variables liées à la consommation de soins de santé ($\beta_{\text{médecin}} = .140$, $p < .001$; $\beta_{\text{médication}} = .106$, $p < .001$), tandis que les deux autres facteurs ne présentaient aucune relation significative. Par ailleurs, les résultats indiquent que le facteur Autoprotection exerçait une influence plus marquée sur l'ensemble des

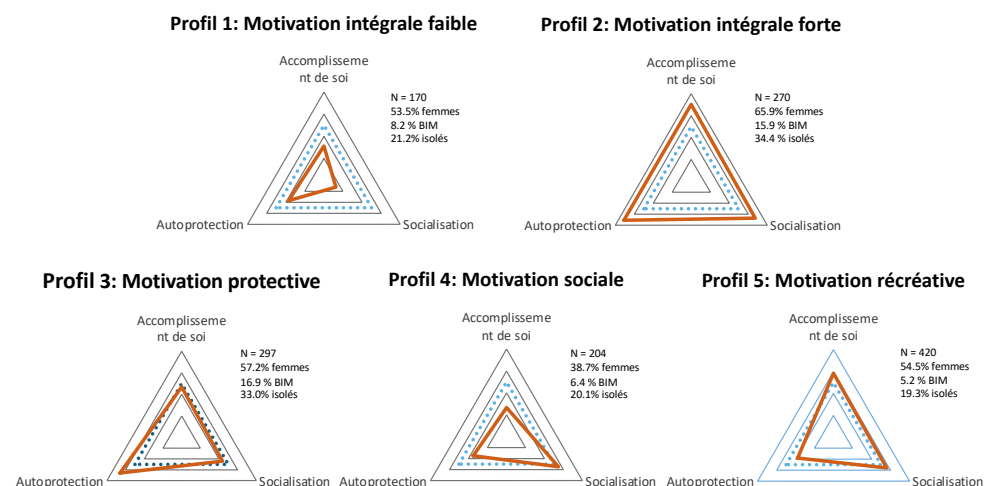
variables dépendantes [$\beta_{\text{voisins}} = -.094$; $\beta_{\text{BE}} = -.363$] que les deux autres facteurs, à savoir Socialisation et Accomplissement de soi, et ce, de manière systématiquement opposée.

En conclusion de ces analyses de régression, il ressort que les trois facteurs de motivation à s'engager dans le volontariat exercent des effets différenciés sur l'ensemble des variables d'intérêt. Cette observation justifie l'utilisation des facteurs tels qu'ils ont été identifiés par l'analyse factorielle exploratoire (voir supra).

L'une des limites soulevées dans les études antérieures réside dans le fait que les motivations à faire du volontariat sont fréquemment examinées séparément comme si les motivations fonctionnaient de manière isolée. Or, comme le signalaient Clary et Snyder (1998), un individu peut être animé par plusieurs motivations simultanément. Afin de mieux rendre compte de cette complexité et de dépasser les limites des approches précédentes, nous avons envisagé le recours à la technique du profilage. Les analyses suivantes auront ainsi pour objectif d'identifier des profils motivationnels distincts au sein de l'échantillon.

Analyses multivariées par profilage

En accord avec l'approche fonctionnelle de Clary et al. (1998), l'identification de profils assurera la prise en compte du fait que les volontaires peuvent être motivés pour de multiples raisons et ce, dans des proportions différentes. Pour ce faire, des analyses multivariées par profilage ont été effectuées à l'aide de IBM SPSS Statistics version 28. Ce logiciel permet de réaliser une combinaison de procédures hiérarchiques et non hiérarchiques telle que recommandée par Hair et al. (2010). Ces procédures s'utilisent en cascade pour produire des résultats de profils cohérents et facilement interprétables. Dans un premier temps, l'analyse en grappes hiérarchique a été réalisée en utilisant la méthode de Ward avec mesure de la distance euclidienne au carré. Le dendrogramme résultant suggérait d'opter pour une solution à 5 profils. Dans un second temps, deux solutions fixées à 5 profils ont été testées à l'aide des méthodes non hiérarchiques — K-means et Two-Step — fournies par le logiciel. En comparant ces deux répartitions, il s'est avéré que 67.8 % des volontaires étaient répartis de manière équivalente d'une méthode à l'autre, soutenant par-là une bonne cohérence des résultats. Cependant, l'analyse plus approfondie des 32.2 % des répondants répartis différemment selon les méthodes mettait en évidence des incohérences majeures dans la répartition obtenue avec la méthode Two-Step. Par contre, la solution à 5 profils fournie avec la méthode K-means identifiait des profils facilement interprétables et cohérents. Cette solution a été retenue pour la répartition des volontaires dans les profils (voir Figure 3).



Note. Les lignes pointillées représentent la moyenne de l'échantillon et les lignes pleines les scores z moyens de chaque profil. BIM = Bénéficiaire d'une Intervention Majorée dans les remboursements des soins de santé utilisé comme indicateur de pauvreté.

Figure 3. Description des 5 profils de motivation à faire du volontariat

Comme attendu, deux profils extrêmes ont émergé de l'échantillon et des différences en termes de recherche de socialisation discriminaient tous les profils. Le profil 1 (motivation intégrale faible) incluait les volontaires ayant les scores moyens les plus faibles sur les trois facteurs de motivation. Ce profil correspond aux profils *Amotivation* de Geiser et al. (2014) et *Integrated low function* (Avsec et al., 2024) présentant également de faibles niveaux sur l'ensemble des motivations. À l'autre extrémité, les volontaires du profil 2 (motivation intégrale forte) présentaient les scores moyens les plus élevés sur les trois motivations. Ce profil correspond aux profils *High-High* de Geiser et al. (2014) et *Integrated high function* d'Avsec et al. (2024). Entre ces deux profils extrêmes, trois profils intermédiaires ont émergé. Le profil 3 (motivation protectrice) regroupait des volontaires principalement motivés par des raisons d'autoprotection, mais peu engagés sur les plans de la socialisation et de l'accomplissement de soi. Le profil 4 (motivation sociale) rassemblait quant à lui des volontaires dont la motivation reposait essentiellement sur des raisons de socialisation. Enfin, le profil 5 (motivation récréative) se caractérisait par une combinaison de motivations liées à la socialisation et à l'accomplissement de soi, avec une faible présence de motifs liés à l'autoprotection. Pour être complet, il reste à noter que la recherche de protection ou de socialisation se suffisait à elle-même pour caractériser respectivement les profils 3 et 4, alors que la recherche d'accomplissement de soi était systématiquement concomitante à la recherche de socialisation (voir les profils 2 et 5). En d'autres termes, la motivation de socialisation serait un prérequis à la motivation

d'accomplissement de soi. Au terme de ces analyses multivariées, il est ainsi possible de conclure à l'émergence de cinq profils cohérents et facilement interprétables. En ce qui concerne l'utilisation des trois facteurs comme variables de profilage des volontaires, les ANOVAs effectuées ont mis en évidence un effet significatif de l'appartenance à un profil sur chacun des facteurs de motivation (*Accomplissement de soi*, $\eta^2 = .573$; *Autoprotection*, $\eta^2 = .595$; *Socialisation*, $\eta^2 = .648$; voir Tableau 3), confirmant leur pertinence dans la construction des profils.

Pour la suite, il convenait d'évaluer l'intérêt d'inclure les variables démographiques ainsi que celles décrivant l'ampleur de l'activité de volontariat en tant que variables contrôles dans les analyses ultérieures. D'une part, les variables démographiques sont généralement reconnues comme discriminantes dans les comportements psychosociaux et de santé. D'autre part, un effet dose-répondant est généralement attendu : plus le volontaire consacre d'heures à son activité, plus il rapporte un niveau de bien-être élevé (Morrow-Howell et al., 2003).

Concrètement, les cinq profils ne se différenciaient pas en ce qui concerne l'âge ($F = 1.199$, $p = .310$). En revanche, les analyses de χ^2 montraient des différences significatives en termes de sexe ($\chi^2 = 35.619$, $p < .001$), de pauvreté ($\chi^2 = 47.405$, $p < .001$) et d'isolement ($\chi^2 = 33.363$, $p < .001$). Pour la variable sexe, le profil 2 (motivation intégrale forte) était composé davantage de femmes alors que le profil 4 (motivation sociale) était composé davantage d'hommes. Les trois autres profils avaient une répartition hommes-femmes équilibrée. En ce qui concerne les variables pauvreté et isolement, une rupture nette apparaissait en fonction du facteur Autoprotection : les individus présentant un niveau élevé de motivation liée à la protection (profils 2 et 3) déclaraient davantage de situations de pauvreté et d'isolement que les autres. Étant donné leur impact, ces quatre variables démographiques seront introduites comme variables contrôles dans les prochaines ANOVAs.

En revanche, les cinq profils se révélaient relativement similaires en ce qui concerne l'ampleur de l'activité de volontariat, que ce soit en termes de fréquence, de temps alloué ou de durée d'engagement. Ce constat suggère que les différences ultérieures observées entre les profils ne pourront être attribuées à un effet dose-répondant différent d'un profil à l'autre. Par conséquent, les variables mesurant l'intensité de l'activité de volontariat ne seront pas retenues comme variables contrôle dans les analyses subséquentes.

Analyses de comparaison des profils de motivation à faire du volontariat

Ce dernier ensemble d'analyses vise à comparer les profils motivationnels des volontaires afin d'identifier les combinaisons de motivation les plus étroitement

associées aux bénéfices potentiels du volontariat. Une telle compréhension fournirait des indications utiles pour les interventions motivationnelles à intégrer dans les programmes de prescription sociale. Dans cette perspective, les profils identifiés ont été comparés en fonction des variables psychosociales et des comportements de santé (voir Tableau 3).

Dans un premier temps, la significativité globale des modèles ainsi que la part de variance expliquée par ces profils ont été évaluées afin d'identifier les variables d'intérêt pour lesquelles les profils motivationnels seraient discriminants. Les modèles révélaient la présence de différences significatives entre les cinq profils pour quasi toutes les variables dépendantes (voir les deux colonnes *Modèles* du Tableau 3), à l'exception des liens avec les voisins, tabagisme, IMC et nombre de contacts avec le médecin généraliste. Confirmant le constat issu des régressions, l'analyse des éta² (voir les colonnes *Variance* du Tableau 3) a mis en évidence que les profils motivationnels avaient un pouvoir explicatif plus important sur les processus psychosociaux [$\eta^2_{SV} = .032$; $\eta^2_{Satisfaction} = .083$] et la santé perçue ($\eta^2 = .023$) et plus faible sur l'intensité des liens sociaux [$\eta^2_{Amis} = .011$; $\eta^2_{Membres} = .021$] et les autres comportements de santé [$\eta^2_{Médication} = .008$; $\eta^2_{Comportements\ sains} = .015$]. Au vu de ces résultats, il y a bien intérêt à approfondir les analyses de comparaison pour les variables dépendantes dont le modèle signalait au moins une différence significative entre les profils.

Les trois hypothèses ont été mises à l'épreuve en comparant, par paire de profils, les moyennes de chacune des variables dépendantes retenues. Pour rappel, la première hypothèse portait sur la motivation Socialisation : plus le volontaire serait motivé à se socialiser (profils 2, 4 et 5), plus il devrait tisser des liens forts avec les autres membres du groupe social (H1a), plus il devrait activer son identité sociale (H1b), plus il devrait tirer bénéfice de son engagement social (H1c).

Tableau 3. Résultats des ANOVAs pour les facteurs de motivation, les modalités pratiques du volontariat, les variables psychosociales et celles des comportements de santé

	Modèles		Profils			1	2	3	4	5
			Variance			Motivation Intégrale faible	Motivation Intégrale forte	Motivation Protective	Motivation Sociale	Motivation Récréative
N total = 1361	<i>F</i> (4, 1350)	<i>p</i>	<i>R</i> ²	η^2	%	170	270	297	204	420
<i>Motivations à faire du volontariat</i>										
Accomplissement de soi	453.789	< .001	.582	.573	98.45	3.05 (.031)	4.28 (.025) a	3.54 (.024) a, b	2.92 (.029) a, b, c	3.92 (.020) a, b, c, d
Autoprotection	496.276	< .001	.626	.595	95.05	1.77 (.047)	3.44 (.038) a	3.18 (.036) a, b	1.67 (.043) b, c	1.82 (.030) b, c, d
Socialisation	620.777	< .001	.648	.648	100.00	2.36 (.038)	4.63 (.030) a	3.65 (.029) a, b	4.11 (.035) a, b, c	4.15 (.024) a, b, c
<i>Modalités pratiques du volontariat</i>										
Fréquence	3.307	.010	.082	.010	11.76	4.06 (.117)	4.03 (.093)	3.84 (.089)	3.58 (.107) a, b	3.85 (.075) d
Temps alloué	2.963	.019	.021	.009	42.86	2.87 (.116)	3.12 (.092)	2.80 (.088) b	2.66 (.106) b	2.91 (.074)
Durée	1.820	.122	.079	.005	6.33	4.99 (.090)	5.21 (.072) a	5.05 (.069)	5.15 (.083)	5.21 (.058) a
<i>Variables psychosociales</i>										
Satisfaction à faire du volontariat	30.711	< .001	.090	.083	92.22	3.05 (.031)	3.41 (.025) a	3.26 (.024) a, b	3.11 (.028) b, c	3.33 (.020) a, b, c, d
Identité sociale	12.821	< .001	.076	.037	48.68	3.23 (.068)	3.66 (.054) a	3.33 (.052) b	3.62 (.063) a, c	3.67 (.044) a, c
Estime de soi	13.833	< .001	.050	.039	78.00	3.80 (.046)	3.99 (.037) a	3.80 (.035) b	3.86 (.042) b	4.09 (.029) a, b, c, d
Sens de la vie	11.170	< .001	.093	.032	34.41	3.74 (.052)	3.94 (.041) a	3.72 (.040) b	3.80 (.048) b	4.01 (.033) a, c, d
Support social perçu	11.931	< .001	.078	.034	43.59	3.80 (.056)	3.86 (.045)	3.67 (.043) b	3.80 (.052)	4.05 (.036) a, b, c, d
Sentiment de solitude	23.473	< .001	.145	.065	44.83	1.91 (.066)	2.00 (.052)	2.19 (.050) a, b	1.79 (.060) b, c	1.58 (.042) a, b, c, d
Bien-être	24.311	< .001	.122	.067	54.92	3.84 (.039)	3.96 (.031) a	3.75 (.030) b	3.91 (.036) c	4.12 (.025) a, b, c, d
Liens avec la famille	5.817	< .001	.047	.017	36.17	4.04 (.070)	4.10 (.056)	3.97 (.054)	4.09 (.064)	4.29 (.045) a, b, c, d
Liens avec les amis	3.801	.004	.041	.011	26.83	3.75 (.066)	3.91 (.053)	3.75 (.051) b	3.76 (.061)	3.95 (.042) a, c, d
Liens avec les voisins	1.801	.126	.044	.005	11.36	2.87 (.068)	2.99 (.055)	2.87 (.052)	3.03 (.063) c	3.00 (.044) c
Liens avec les membres	7.257	< .001	.036	.021	58.33	3.19 (.075)	3.64 (.060) a	3.51 (.058) a	3.47 (.069) a	3.63 (.048) a

Note. a Statistiquement significatif en comparaison au profil 1 ($p < .05$); b Statistiquement significatif en comparaison au profil 2 ($p < .05$);

c Statistiquement significatif en comparaison au profil 3 ($p < .05$); d Statistiquement significatif en comparaison au profil 4 ($p < .05$).

Pour les variables dépendantes, les analyses étaient contrôlées pour l'âge, le sexe, le niveau de pauvreté et l'isolement. La correction de Bonferroni était $p < .0026$

Tableau 3. Résultats des ANOVAs pour les facteurs de motivation, les modalités pratiques du volontariat, les variables psychosociales et celles des comportements de santé (continue)

	Modèles		Profils			1	2	3	4	5
			Variance			Motivation Intégrale faible	Motivation Intégrale forte	Motivation Protective	Motivation Sociale	Motivation Récréative
N total = 1361	<i>F</i> (4, 1350)	<i>p</i>	<i>R</i> ²	<i>η</i> ²	%	170	270	297	204	420
<i>Variables de comportements de santé</i>										
Santé perçue	7.962	<.001	.070	.023	32.86	-.04 (.074)	-.10 (.059)	-.18 (.057)	-.01 (.068)	.21 (.048) a, b, c, d
Comportements sains	5.257	<.001	.058	.015	25.86	2.26 (.046)	2.46 (.037) a	2.31 (.035) b	2.22 (.043) b	2.35 (.030) b, d
Tabagisme	.714	.583	.008	.002	25.00	2.12 (.037)	2.06 (.030)	2.11 (.029)	2.09 (.034)	2.11 (.024)
Consommation d'alcool	3.409	.009	.064	.011	17.19	3.06 (.081)	2.89 (.066)	3.05 (.061)	3.12 (.075) b	3.20 (.052) b
IMC	1.834	.120	.052	.005	9.62	26.21 (.363)	26.33 (.291)	26.80 (.278)	26.40 (.335)	25.83 (.233) c
Médecin généraliste	2.226	.064	.077	.007	9.09	4.67 (.334)	5.59 (.267) a	5.33 (.255)	4.81 (.308)	4.75 (.214) b
Médication (toutes catégories)	2.664	.031	.165	.008	4.85	709.62 (63.114)	885.87 (50.493) a	799.80 (48.255)	808.55 (58.153)	691.23 (40.399) b

Note. a Statistiquement significatif en comparaison au profil 1 ($p < .05$); b Statistiquement significatif en comparaison au profil 2 ($p < .05$);

c Statistiquement significatif en comparaison au profil 3 ($p < .05$); d Statistiquement significatif en comparaison au profil 4 ($p < .05$).

Pour les variables dépendantes, les analyses étaient contrôlées pour l'âge, le sexe, le niveau de pauvreté et l'isolement. La correction de Bonferroni était $p < .0026$

Premièrement, l'hypothèse H1a a été partiellement validée car seul le profil 1, caractérisé par l'absence totale de la motivation Socialisation, se distinguait significativement en rapportant des liens sociaux moins étroits avec les autres membres du groupe, comparativement aux quatre autres profils. Deuxièmement, l'hypothèse H1b était pleinement validée car les profils cibles – 2, 4 et 5 – présentaient des niveaux d'identité sociale significativement les plus élevés. Troisièmement, l'hypothèse H1c peut être partiellement validée, sous réserve de nuances selon les indicateurs de bénéfices psychosociaux considérés. D'une part, les profils 2 et 5 affichaient les niveaux les plus élevés d'estime de soi, de sens à la vie, de soutien social perçu et de bien-être. D'autre part, les profils 4 et 5 présentaient les niveaux les plus faibles de sentiment de solitude. Ainsi, si la recherche de socialisation semble associée à un faible niveau du sentiment de solitude, cette seule motivation ne paraît pas suffisante pour générer des bénéfices psychosociaux plus étendus. En revanche, les volontaires des profils 2 et 5, qui combinaient une motivation de développement personnel à un désir de socialisation, manifestaient un fonctionnement psychosocial globalement des plus favorables.

Cela dit, bien que ces deux profils se distinguaient positivement en matière de bénéfices psychosociaux, il convient de souligner que le profil 5 (motivation récréative) obtenait des résultats encore plus favorables que le profil 2 (motivation intégrale forte). Une piste explicative pourrait résider dans la qualité des liens familiaux : les volontaires du profil 5 rapportaient en effet des relations familiales plus solides que ceux du profil 2. Cette différence statistiquement significative, bien que modeste, pourrait suffire à justifier la présence marquée de la motivation d'autoprotection et conjointement d'un niveau élevé de solitude chez les volontaires du profil 2.

En conclusion, si la recherche de socialisation favorise l'activation de l'identité sociale, les résultats suggèrent toutefois que cette activation, bien qu'importante comme le postule le courant Social cure, ne suffit pas à garantir des bénéfices psychosociaux étendus. En effet, le simple fait de s'identifier à un groupe social ne semble pas assurer à lui seul un fonctionnement psychosocial optimal. Il apparaît que les volontaires tirent un bénéfice plus complet de leur engagement social lorsqu'ils conjuguent l'activation de l'identité sociale à une démarche de développement personnel. Autrement dit, c'est dans l'articulation entre motivations Socialisation et Accomplissement de soi que se construit une expérience de volontariat véritablement enrichissante.

La deuxième hypothèse portait sur la motivation d'accomplissement de soi (H2), postulant que plus les volontaires seraient animés par des motivations autocentrées (profils 2 et 5), plus ils adopteraient des comportements favorables à leur santé, tels que des conduites saines et la limitation des comportements à risque. Or, en cohérence avec les résultats des analyses de régression, très peu de différences significatives ont

été observées entre les profils. De surcroît, les rares différences identifiées ne permettent pas de conclure à une spécificité des profils 2 et 5 en matière de comportements de santé. Non seulement l'hypothèse n'est pas confirmée, mais les deux profils supposés similaires présentaient en réalité des tendances divergentes : les volontaires du profil 5 (motivation récréative) se percevaient en meilleure santé que tous les autres, tandis que ceux du profil 2 (motivation intégrative forte) rapportaient adopter davantage de comportements sains. Concernant les comportements à risque, les profils 4 (motivation sociale) et 5 déclaraient une consommation quotidienne d'alcool plus élevée que celle du profil 2, tandis qu'aucune différence significative n'était observée en matière de tabagisme. Ces résultats suggèrent que la motivation d'accomplissement de soi ne constitue pas un prédicteur cohérent ni globalement pertinent des comportements de santé.

La troisième et dernière hypothèse portait sur la motivation d'autoprotection (H3). Il était attendu que les volontaires mobilisant leur engagement social comme stratégie d'adaptation face à des difficultés personnelles (profils 2 et 3) feraient un usage plus important des soins de santé. Pour rappel, les analyses de régression avaient mis en évidence un lien significatif entre la motivation d'autoprotection et les variables liées à la consommation de soins. Cependant, le modèle n'a révélé aucune différence significative entre les profils motivationnels concernant le nombre de consultations auprès du médecin généraliste ($F = 2.226$; $p = .064$), et la séparation attendue entre les profils 2 et 3, d'une part, et les profils 1, 4 et 5, d'autre part, n'a pas été observée pour la consommation médicamenteuse. Ces résultats conduisent à rejeter l'hypothèse H3 dans sa globalité. Néanmoins, une différence significative a été relevée : les volontaires du profil 2 (motivation intégrale forte) rapportaient une consommation de soins de santé plus élevée que ceux du profil 5 (motivation récréative). Or, ces deux profils ne se distinguaient en termes motivationnels que par la présence de la motivation Autoprotection uniquement dans le profil 2. Donc, cette distinction ponctuelle pourrait être attribuée à un effet de la motivation d'autoprotection, mais elle demeure insuffisante pour valider l'hypothèse dans son ensemble.

En somme, les résultats des ANOVAs permettent de conclure que les profils motivationnels coïncident avec des fonctionnements psychologiques différenciés, sans pour autant se distinguer de manière significative sur le plan des comportements de santé. Plus précisément, les volontaires ayant spontanément investi la motivation de socialisation présentaient un niveau d'identité sociale supérieur à la moyenne. Toutefois, cette activation de l'identité sociale ne s'accompagnait pas systématiquement de bénéfices psychologiques marqués. Il apparaissait nécessaire que la motivation d'accomplissement de soi soit également mobilisée pour observer des niveaux plus élevés d'estime de soi, de sens à la vie, de soutien social perçu et de bien-être, comparativement aux autres volontaires. Étant donné qu'il n'existe pas de

motivation d'accomplissement de soi sans qu'une motivation de socialisation ait été préalablement activée, on peut en déduire que les volontaires en quête de développement personnel avaient déjà activé leur identité sociale. Par conséquent, l'hypothèse portée par le courant Social cure pourrait être nuancée de la manière suivante : ce n'est que dans la mesure où le volontaire s'identifie au groupe social auquel il s'intègre et qu'il poursuit ensuite un objectif de développement personnel, qu'il sera en mesure de retirer des bénéfices psychologiques significatifs de son engagement social. Par ailleurs, ce constat s'applique également aux volontaires motivés par l'autoprotection : bien que plus fragiles, ceux d'entre eux qui étaient aussi animés par des motivations de socialisation et d'accomplissement de soi bénéficiaient de leur engagement social dans les mêmes proportions que les autres volontaires.

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les configurations motivationnelles à l'origine de l'engagement en tant que volontaire et d'examiner leur lien avec les bénéfices perçus en matière de bien-être psychologique et de comportements favorables à la santé. En identifiant les combinaisons de motivations les plus associées à ces bénéfices, les résultats offrent des perspectives opérationnelles pour renforcer l'efficacité des programmes de prescription sociale. Rappelons que ces dispositifs ont pour finalité de réorienter des patients isolés vers des activités collectives, dans le but de diminuer leur recours aux soins en agissant sur le sentiment de solitude.

L'échantillon retenu pour cette étude est représentatif des volontaires adultes belges, engagés dans une diversité de formes de volontariat. Dans un premier temps, les motivations ont été traitées séparément. L'analyse factorielle exploratoire a permis d'identifier trois dimensions majeures des motivations à faire du volontariat : (1) la Socialisation, qui reflète une volonté de renforcer ou d'élargir son réseau social ; (2) l'Accomplissement de soi, orienté vers le développement personnel, l'acquisition de compétences et la cohérence avec ses propres valeurs; et (3) l'Autoprotection, où l'engagement en tant que volontaire est mobilisé comme stratégie d'adaptation face à des difficultés personnelles.

Les analyses de régression ont mis en évidence des associations différenciées entre ces motivations et les indicateurs psychosociaux et comportementaux. La motivation de Socialisation est principalement liée à l'identité sociale et à la qualité des relations avec les autres membres du groupe. En revanche, l'Accomplissement de soi montre des associations plus marquées avec des variables psychologiques telles que la satisfaction liée à l'activité de volontariat, l'estime de soi, le sens perçu de la vie, le soutien social subjectif et le bien-être général. Enfin, la dimension d'Autoprotection se distingue par des associations systématiquement plus fortes et de valence opposée à celles observées pour les deux autres motivations. Elle est également la seule motivation à présenter des

liens significatifs avec les comportements de santé – la présence d'un besoin de protection est associé à une moins bonne santé perçue et à un recours aux soins de santé plus élevé et ce, malgré la présence de comportement favorable à la santé.

Dans un second temps, des analyses de profil ont permis de dégager cinq combinaisons motivationnelles distinctes au sein de l'échantillon de volontaires : (1) le profil *motivation intégrale faible* (12.5 % de l'échantillon), caractérisé par des niveaux globalement faibles sur l'ensemble des trois motivations ; (2) le profil *motivation intégrale forte* (19.9 %), regroupant des volontaires présentant des niveaux élevés sur les trois motivations ; (3) le profil *motivation protective* (21.8 %), dans lequel le volontariat apparaît avant tout comme une stratégie de coping, mobilisée pour faire face à des difficultés personnelles ; (4) le profil *motivation sociale* (15.0 %), où l'engagement est principalement motivé par le désir de nouer ou renforcer des interactions sociales en face-à-face ; (5) enfin, le profil *motivation récréative* (30.9 %), qui combine la recherche de contacts sociaux et le développement personnel, dans une perspective davantage centrée sur le plaisir et l'épanouissement. Ces profils mettent en évidence la diversité des ressorts motivationnels à l'œuvre chez les volontaires. Cette connaissance servira à envisager des leviers motivationnels pour améliorer l'efficacité des interventions de type prescription sociale.

La comparaison entre les profils motivationnels a révélé des différences significatives, principalement sur les variables psychosociales, et dans une moindre mesure sur les comportements de santé. La présence de la motivation Socialisation était systématiquement associée à un niveau élevé d'identité sociale. Toutefois, cette motivation, prise isolément, ne suffisait pas à produire des bénéfices marqués issus de l'engagement social. Ce n'est que lorsqu'elle était combinée à la motivation Accomplissement de soi que des effets positifs notables étaient observés, notamment en termes de satisfaction liée à l'activité, d'estime de soi, de sens perçu de la vie, de soutien social perçu et de bien-être psychologique. Ces résultats suggèrent qu'un simple désir de contact social ne suffit pas à enclencher le cercle vertueux de la participation sociale. La présence d'une motivation orientée vers le développement personnel apparaît comme un levier essentiel pour que les bénéfices psychosociaux se manifestent pleinement. Cette conclusion vient nuancer les travaux de Stukas et al. (2016), selon lesquels les motivations axées sur la création de ressources sociales génèreraient des bénéfices supérieurs – en termes de bien-être et de satisfaction du rôle social – par rapport aux motivations extrinsèques. Contrairement à cette position, nos résultats indiquent que les motivations de Socialisation et d'Accomplissement de soi ne sont pas opposées, mais complémentaires. En effet, la motivation d'Accomplissement de soi s'accompagnait systématiquement de la motivation Socialisation, alors que l'inverse n'était pas observé. Autrement dit, il semble difficile de viser un développement personnel dans le cadre du volontariat sans d'abord avoir

établi un lien social avec le groupe. Cette dynamique nous conduit à proposer un élargissement de l'hypothèse Social cure : les bénéfices psychosociaux liés à l'engagement social ne se manifesteraient pleinement que lorsque le volontaire après s'être identifié d'abord au groupe auquel il s'affilie, il mobilise cette appartenance comme vecteur de développement personnel. Ce double processus – affiliation sociale suivie d'un développement personnel – apparaîtrait ainsi comme une condition nécessaire pour tirer pleinement profit de sa participation sociale.

Comme attendu, la présence de la motivation Autoprotection était associée à une consommation de soins de santé plus élevée que la moyenne, notamment en termes de contacts avec le médecin généraliste et de recours à la médication. Elle était également corrélée à des niveaux élevés de sentiment de solitude. Bien que cette étude ne permette pas de conclure à une évolution de ces comportements par suite de l'engagement en tant que volontaire, elle met en lumière un constat important : malgré une participation active à un groupe social, les volontaires dits « fragiles » – c'est-à-dire motivés par l'autoprotection – continuent de présenter des niveaux significativement plus élevés de solitude et de recours aux soins que les volontaires non fragiles. En cohérence avec la littérature existante, ces résultats confirment que l'engagement social ne suffit pas, à lui seul, à modifier rapidement les comportements de santé. La consommation de soins restait élevée chez les volontaires fragiles, indépendamment de la présence ou non d'autres motivations. Ces observations rejoignent celles de Brandling et House (2009) et Grant et al. (2000), qui avaient déjà noté qu'une amélioration de la qualité de vie ne s'accompagnait pas nécessairement, à court terme, d'une réduction des consultations médicales. Ces auteurs suggéraient que les habitudes d'aide médicale bien ancrées évoluent lentement; ce que confirment nos données : même après plus de cinq années d'engagement social, ces comportements semblent globalement stables. Il convient toutefois de nuancer cette interprétation. Le maintien d'une consommation élevée de soins chez certains volontaires pourrait également refléter des besoins médicaux réels et persistants, plutôt qu'un simple comportement de recours excessif. Cela dit, un résultat encourageant émerge : lorsque les volontaires initialement motivés par l'autoprotection activent également des motivations de Socialisation et d'Accomplissement de soi, leur fonctionnement psychosocial tend à être similaire à celui observé chez les volontaires engagés de manière plus « récréative ». Cette observation suggère que même les volontaires les plus vulnérables peuvent bénéficier pleinement de leur engagement, à condition que des dynamiques motivationnelles plus complexes soient mobilisées.

Cette étude apporte des éléments utiles pour renforcer l'efficacité des programmes de prescription sociale. Les résultats soutiennent le constat d'un effet dose-répondant du volontariat (Morrow-Howell et al., 2003) : plus l'engagement social est intense et s'inscrit dans la durée, plus les bénéfices psychosociaux et comportementaux sont

importants. Il apparaît dès lors crucial que cette forme d'engagement ne soit pas ponctuelle, mais intégrée de manière régulière dans le quotidien des patients en situation d'isolement. Cependant, le maintien dans l'activité bénévole constitue un enjeu majeur. Les associations sont confrontées à des difficultés structurelles pour retenir les volontaires, et ces difficultés sont accentuées dans le cas des volontaires fragiles. Comme le soulignent Polley et al. (2017), un échec dans la tentative de resocialisation peut même entraîner une augmentation de la consommation de soins de santé, comparativement à la période qui précédait cette tentative. Dès lors, la compréhension fine des motivations à faire du volontariat devient cruciale. Identifier les profils motivationnels les plus à même de soutenir un engagement durable permettrait d'ajuster les dispositifs de prescription sociale de manière plus ciblée. Promouvoir conjointement les dimensions de socialisation et d'accomplissement personnel pourrait ainsi renforcer l'adhésion des volontaires et maximiser les retombées positives de leur engagement, en particulier chez les individus les plus fragiles.

Précédemment dans la littérature, il avait déjà été mis en évidence l'importance de développer des attentes réalistes dans le chef du volontaire et de sélectionner un groupe social capable d'y répondre adéquatement (Omoto & Snyder, 1995). Dans les critères de qualité du groupe social à intégrer, il était nécessaire d'avoir un point d'attention sur (a) les modalités de l'activité de volontariat en termes de fréquences, heures allouées et possibilité d'engagement social sur la durée, et (b) sur l'identité sociale positive qu'offre le groupe (Haslam et al., 2024). Pour sa part, Günter et al. (2016) considèrent que toute motivation à s'engager comme volontaire est bonne en soi du moment que les attentes soient rencontrées par le volontaire.

Nos résultats apportent un éclairage nuancé aux propositions de Günter et offrent des perspectives concrètes pour l'élaboration de programmes de prescription sociale plus efficaces. À la lumière des données recueillies, il apparaît pertinent d'intégrer une approche motivationnelle structurée afin d'accompagner les patients esseulés dans leur parcours de resocialisation.

Cette approche pourrait s'articuler en trois phases successives, chacune répondant à une logique progressive d'engagement :

1. *Intégration sociale et activation de l'identité sociale* : la première étape consiste à susciter une motivation à renouer avec un tissu social, en encourageant l'intégration dans de nouveaux groupes mais surtout à adopter une attitude pro-active en allant vers les autres personnes. Cette affiliation sociale est nécessaire pour permettre l'émergence d'un sentiment d'appartenance, condition préalable au changement ;

2. *Développement personnel au sein du groupe* : une fois l'identité sociale activée, il convient d'accompagner le patient dans une dynamique d'engagement actif. Le volontariat peut alors devenir un levier de développement personnel, en permettant l'acquisition de nouvelles compétences, l'expression de ses valeurs, et par conséquent favoriser une amélioration des sens de la vie, soutien social perçu, bien-être général, voire une diminution du sentiment de solitude ;
3. *Réajustement des comportements de santé* : dans un dernier temps, lorsque l'engagement social est solidement intégré dans la routine du patient, un accompagnement spécifique est requis pour réorienter progressivement les comportements de recours aux soins. L'objectif est de transférer, lorsque cela est pertinent, une partie des besoins d'aide ou de soutien vers les ressources relationnelles issues de la participation sociale, plutôt que vers le système médical.

Le passage d'une phase à l'autre suppose la consolidation de la précédente et nécessite du temps. L'absence de changement spontané observée dans les comportements de santé chez certains volontaires nécessite que la troisième phase fasse l'objet d'un accompagnement soutenu, assuré par des professionnels formés à l'intervention motivationnelle dans un cadre d'un programme de prescription sociale.

Certaines limites de l'étude doivent être mentionnées. Tout d'abord, elle fournit des preuves seulement préliminaires sur l'intérêt d'inclure un travail motivationnel dans les programmes de prescription sociale. Un examen plus approfondi par des essais contrôlés randomisés est nécessaire pour évaluer la répliquabilité des effets obtenus. Dans l'attente de recherches supplémentaires, ces premiers résultats sont prometteurs. Ils offrent une solution pour améliorer l'efficacité des interventions de prescription sociale et espérer rencontrer à la fois les attentes des patients esseulés et les espoirs des systèmes de sécurité sociale de voir enfin se réduire le recours aux soins de santé.

Conclusion

Pour conclure, en appliquant l'approche par profilage, il a été permis de tenir compte de la multiplicité des motivations des volontaires. Cette étude identifiait cinq profils de motivation à faire du volontariat selon l'approche fonctionnelle de Clary et al. (1998). Ainsi des différences ont été observées selon que le volontaire était motivé ou non pour des raisons de socialisation, d'accomplissement de soi ou d'autoprotection. Une implication pratique importante de ces résultats est de considérer les motivations chez les patients esseulés lors de la création des interventions de prescription sociale.

Références

- Asendorpf, J. B., Borkenau, P., Ostendorf, F., & Van Aken, M. A. (2001). Carving personality description at its joints: Confirmation of three replicable personality prototypes for both children and adults. *European Journal of Personality*, 15(3), 169–198. <https://doi.org/10.1002/per.408>
- Avsec, A., Podobnik, B., & Zager-Kocjan, G. (2024). Motivation types of volunteers, their personality traits and subjective well-being. , (00), 15-15. *Psihologija*, Online First(00), 1–16. <https://doi.org/10.2298/PSI220623015A>
- Ballard, P. J., Malin, H., Porter, T., Colby, A., & Damon, W. (2015). Motivations for civic participation among diverse youth: More similarities than differences. *Research in Human Development*, 12(1-2), 63–83. <https://doi.org/10.1080/15427609.2015.1010348>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Bohnert, A., Fredricks, J., & Randall, E. (2010). Capturing unique dimensions of youth organized activity involvement: Theoretical and methodological considerations. *Review of Educational Research*, 80(4), 576–610. <https://doi.org/10.3102/0034654310364533>
- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: Adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*, 59(563), 454–456. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>
- Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464–1504. <https://doi.org/10.1037/a0037618>
- Carr, D. C., Kail, B. L., Matz-Costa, C., & Shavit, Y. Z. (2018). Does becoming a volunteer attenuate loneliness among recently widowed older adults?. , 73(3), 501-510. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(3), 501–510. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx092>
- Clary, E. G., Snyder, M., & Ridge, R. (1992). Volunteers' motivations: A functional strategy for the recruitment, placement, and retention of volunteers. *Nonprofit Management and Leadership*, 2, 333–350. <https://doi.org/10.1002/nml.4130020403>

- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516.
- Cornelis, I., Van Hiel, A., & De Cremer, D. (2013). Volunteer work in youth organizations: Predicting distinct aspects of volunteering behavior from self-and other-oriented motives. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(2), 456–466. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2013.01029.x>
- Costa, A., Sousa, C. J., Seabra, P. R. C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., & Alarcão, V. (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: A systematic literature review. *Sustainability : Science, Practice, & Policy*, 13(5), 2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
- Demir, F. O., Kireççi, A. N., & Yavuz Görkem, Ş. (2019). Deepening Knowledge on Volunteers Using a Marketing Perspective: Segmenting Turkish Volunteers According to Their Motivations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 49(4), 707–733. <https://doi.org/10.1177/0899764019892623>
- Esmond, J., & Dunlop, P. (2004). Esmond, J., & Dunlop, P. (2004, August). Developing the volunteer motivation inventory to assess the underlying motivational drives of volunteers in Western Australia.
- Finkelstein, M. A., Penner, L. A., & Brannick, M. T. (2005). Motive, role identity, and prosocial personality as predictors of volunteer activity. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 33(4), 403–418. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.4.403>
- Frisch, M. B., & Gerrard, M. (1981). Natural helping systems: A survey of Red Cross volunteers. *American Journal of Community Psychology*, 9(5), 567.
- Geiser, C., Okun, M. A., & Grano, C. (2014). Who is motivated to volunteer? A latent profile analysis linking volunteer motivation to frequency of volunteering. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 56(1), 3–24.
- Gidron, B. (1978). Volunteer work and its rewards. , 11(3), 18-32. *Volunteer Administration*, 11(3), 18–32.
- Grano, C., & Lucidi, F. (2005). Motivazioni e determinanti alla base del volontariato nelle persone anziane. , 2, 109-130. *Relazioni solidali*, 2(109–130).
- Grant, C., Goodenough, T., Harvey, I., & Hine, C. (2000). A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector. *BMJ*, 320(7232), 419–423. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7232.419>

- Güntert, S. T., Strubel, I. T., Kals, E., & Wehner, T. (2016). The quality of volunteers' motives: Integrating the functional approach and self-determination theory. *The Journal of Social Psychology*, 156(3), 310–327. <https://doi.org/10.1080/00224545.2015.1135864>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Babin, B. J., & Black. (2010). *Multivariate Data Analysis: A global perspective* (Pearson Education).
- Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G. A., & Haslam, S. A. (2018). *The new psychology of health: Unlocking the social cure* (Routledge).
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Jetten, J., Bentley, S. V., Fong, P., & Steffens, N. K. (2022). Social identity makes group-based social connection possible: Implications for loneliness and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 43, 161–165. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.013>
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Sharman, L. S., Hayes, S., Walter, Z., & Young, T. (2024). Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(5), 1128–1150.
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Pennas, S. (2011). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British Journal of Social Psychology*, 44(3), 355–370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.
- Howard, M. C., & Hoffman, M. E. (2018). Variable-centered, person-centered, and person-specific approaches: Where theory meets the method. *Organizational Research Methods*, 21(4), 846–876. <https://doi.org/10.1177/1094428117744021>
- Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
- Husk, K., Elston, J., Gradinger, F., Callaghan, L., & Asthana, S. (2019). Social prescribing: Where is the evidence? *British Journal of General Practice*, 69(678), 6–7.
- Jenkinson, C. E., Dickens, A.P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R.S., Rogers, M., & Richards, S.H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic

- review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13(1–10). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-773>
- Jetten, J., Haslam, C., & Alexander, S. H. (2012). *The social cure: Identity, health and well-being* (Psychology press). <https://doi.org/10.4324/9780203813195>
- Kimberlee, R. (2013). Developing a social prescribing approach for Bristol. *Bristol CCG*, 646.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine*, 74(5), 696–706. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.017>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Librett, J., Yore, M. M., Buchner, D. M., & Schmid, T. L. (2005). Take pride in America's health: Volunteering as a gateway to physical activity. *American Journal of Health Education*, 36(1), 8–13. <https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608149>
- Linning, M., & Jackson, G. (2018). Linning, M., & Jackson, G. (2018). Volunteering, health and wellbeing. What does the evidence tell us. *Volunteer Scotland*.
- Mannino, C. A., Snyder, M., & Omoto, A. M. (2011). Why do people get involved? Motivations for volunteerism and other forms of social action. In *Social motivation* (Psychology Press, pp. 127–146).
- Martin, C., & Woolf-May, K. (1999). The retrospective evaluation of a general practitioner exercise prescription programme. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 12. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277X.1999.00005.x>
- Moffatt, S., Steer, M., Lawson, S., Penn, L., & O'Brien, N. (2017). Link worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: Qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, 7(7), e015203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015203>
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S137–S145. APA PsycInfo®. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S137>
- Morton, J. S., Rimé, B., Herman, G., Bourguignon, D., & Luminet, O. (2024). Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation: From Scoping Review

- to Clustering Measurement. *International Review of Social Psychology*, 37(1), 1–23. <https://doi.org/10.5334/irsp.854>
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56(2), 259–269. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00025-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00025-4)
- Negru-Subtirica, O., Pop, E. I., Luyckx, K., Dezutter, J., & Steger, M. F. (2016). The meaningful identity: A longitudinal look at the interplay between identity and meaning in life in adolescence. *Developmental Psychology*, 52(11), 1926–1936. <https://doi.org/10.1037/dev0000176>
- Okun, M. A., & Schultz, A. (2003). and motives for volunteering: Testing hypotheses derived from socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 18(2), 231–239. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.231>
- Omoto, A., & Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 671–687.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In *Personal relationships in Disorder* (Vol. 3, pp. 31–56). Academic Press.
- Pillemer, K., Fuller-Rowell, T. E., Reid, M. A., & Wells, N. M. (2010). Environmental volunteering and health outcomes over a 20-year period. *The Gerontologist*, 50(5), 594–602. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq007>
- Polley, M. J., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017). Making sense of social prescribing. University of Westminster.
- Poole, R., & Huxley, P. (2024). Social prescribing: An inadequate response to the degradation of social care in mental health. *BJPsych Bulletin*, 48(1), 30–33. <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.61>
- Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkley, L., Lawlor, B., & Fried, L. (2020). Consensus statement: Loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ*, 10(8), e034967. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034967>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Russell, A. R., Nyame-Mensah, A., de Wit, A., & Handy, F. (2019). Volunteering and wellbeing among ageing adults: A longitudinal analysis. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 30, 115–128. <https://doi.org/10.1007/s11266-018-0041-8>

- Staras, C. O., Wakefield, J. R., McDermott, D. T., & Jones, B. A. (2024). An evaluation of the role of social identity processes for enhancing health outcomes within UK-based social prescribing initiatives designed to increase social connection and reduce loneliness: A systematic review. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 34(5), e2878. <https://doi.org/10.1002/casp.2878>
- Stevenson, C., Wilson, I., McNamara, N., Wakefield, J., Këllezi, B., & Bowe, M. (2019). Social prescribing: A practice in need of a theory. *British Journal of General Practice*. <https://bjgp.org/content/social-prescribing-practice-need-theory>
- Stukas, A. A., Daly, M., & Cowling, M. J. (2005). Volunteerism and social capital: A functional approach. *Australian Journal on Volunteering*, 10(2), 35–44.
- Stukas, A. A., Snyder, M., & Clary, E. G. (1999). The effects of “mandatory volunteerism” on intentions to volunteer. , 10(1), 59-64. *Psychological Science*, 10(1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00107>
- Stukas, A. A., Snyder, M., & Clary, E. G. (2016). Understanding and encouraging volunteerism and community involvement. *The Journal of Social Psychology*, 156(3), 243–255. <https://doi.org/10.1177/0899764008314810>
- Stukas, A. A., Worth, K. A., Clary, E. G., & Snyder, M. (2009). The matching of motivations to affordances in the volunteer environment: An index for assessing the impact of multiple matches on volunteer outcomes. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(1), 5–28. <https://doi.org/10.1177/0899764008314810>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376.
- Thoits, P. A. (2012). Role-identity salience, purpose and meaning in life, and well-being among volunteers. *Social Psychology Quarterly*, 75(4), 360–384. <https://doi.org/10.1177/0190272512459662>
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115–131. APA PsycInfo®. <https://doi.org/10.2307/3090173>
- Wakefield, J. R. H., Kellezi, B., Stevenson, C., McNamara, N., Bowe, M., Wilson, I., Halder, M. M., & Mair, E. (2022). Social Prescribing as ‘Social Cure’: A longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a Social Prescribing pathway. *Journal of Health Psychology*, 27(2), 386–396. <https://doi.org/10.1177/1359105320944991>
- Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2010). When helping helps: Autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient.

Journal of Personality and Social Psychology, 98(2), 222.
<https://doi.org/10.1037/a0016984>

WHO. (2021). Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief.
10665/343206/9789240030749-eng

Wilson, J. (2012). Volunteerism research: A review essay. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176–212. APA PsycInfo®.
<https://doi.org/10.1177/0899764011434558>

Xu, L. P., Liao, J. B., Wu, Y. S., & Kuang, H. D. (2021). Effect of psychological capital of volunteers on volunteering behavior: The chained mediation role of perceived social support and volunteer motivation. *Frontiers in Psychology*, 12, 657877.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.657877>

Discussion générale

Discussion générale

Face à la montée préoccupante de la solitude, qui affecte un nombre croissant de personnes (Surkalim et al., 2022) et engorge les consultations en médecine générale (Cruwys et al., 2018), la question de sa prise en charge est devenue un enjeu sociétal majeur. En l'absence de réponse sociale adaptée, ces patients reçoivent souvent une réponse médicale, se traduisant par une médication qui ne traite pas la cause sous-jacente. Considérée comme un facteur de risque majeur pour la santé (Leigh-Hunt et al., 2018), la solitude a conduit chercheurs et cliniciens à envisager la participation sociale comme une forme d'intervention thérapeutique (WHO, 2021). L'hypothèse à la base de la prescription sociale repose sur l'idée que la réintégration des personnes isolées dans un tissu social actif peut favoriser une amélioration de leur état de santé global, et ce, potentiellement au point de réduire leur recours aux services de santé à moyen ou long terme. Toutefois, malgré l'intérêt croissant suscité par cette approche, son efficacité demeure à ce jour insuffisamment démontrée, en grande partie en raison de la qualité méthodologique limitée des études existantes — souvent dépourvues de mesures rigoureuses, de fondements théoriques solides et de dispositifs expérimentaux adéquats (Bickerdike et al., 2017).

La présente thèse s'est principalement attachée à explorer la relation entre participation sociale et santé, pour mieux comprendre par quels processus le groupe soutient ses membres. Les connaissances acquises auprès d'une population générale serviront alors à améliorer sensiblement les interventions auprès des personnes isolées. Concrètement, cette thèse a apporté des réponses aux lacunes théoriques et empiriques encore observables dans ce champ de recherche. Premièrement, dans la continuité des travaux de Levasseur et al. (2010, 2022) sur la conceptualisation de la participation sociale, une attention particulière a été portée à son opérationnalisation, enjeu méthodologique central pour assurer la validité des mesures et la comparabilité des études. Deuxièmement, cette recherche a eu pour ambition de réactualiser et de remettre au premier plan le modèle conceptuel de Berkman et al. (2000), en y intégrant des apports théoriques plus récents, notamment ceux relatifs à l'identité sociale, au sens de la vie et au soutien social perçu. Troisièmement, une analyse approfondie a été menée sur le rôle des motivations à s'engager socialement, dans le but de mieux comprendre comment ces facteurs influencent les retombées en termes de bien-être et de santé.

L'ensemble de ces travaux a permis de formuler des recommandations concrètes, à destination notamment des programmes de prescription sociale, afin de renforcer leur efficacité en s'appuyant sur des résultats empiriques solides et des fondements théoriques clarifiés et actualisés.

La discussion générale se structure autour des trois axes travaillés dans cette thèse. La première section revient sur les enjeux liés à l'opérationnalisation du concept de participation sociale, en évaluant la pertinence des choix méthodologiques effectués et leurs implications pour la recherche future. La deuxième section discute la modélisation de la relation entre participation sociale et santé, à la lumière du modèle enrichi proposé, en soulignant les apports empiriques et théoriques de cette démarche. Enfin, la troisième section s'attarde sur les implications motivationnelles observées dans le cadre du volontariat, en interrogeant les mécanismes psychologiques susceptibles de renforcer ou d'entraver les effets bénéfiques de l'engagement social.

Opérationnalisation de la participation sociale

L'opérationnalisation de la participation sociale reste une problématique centrale, en raison de la forte hétérogénéité des indicateurs de mesure, qui complique toute analyse systématique et cohérente des effets observés (Vidovic et al., 2021). Dans le prolongement des travaux de conceptualisation menés par Levasseur et al. (2010, 2022), nous avons engagé une démarche d'opérationnalisation rigoureuse, visant à répondre aux exigences méthodologiques de la communauté scientifique.

La scoping review que nous avons réalisée à cette fin a mis en évidence la diversité des instruments existants. L'analyse de trois bases de données majeures en psychologie et en sociologie (PsychTest, PsychInfo, Sociological Abstracts) a permis d'identifier 99 articles, dans lesquels 85 mesures distinctes de la participation sociale formelle ont été recensées. Toutefois, aucune de ces mesures ne satisfaisait pleinement les deux critères établis : (a) une évaluation des quatre dimensions essentielles du construit — ampleur, fréquence, temps alloué et durée (Bohnert et al., 2010) — et (b) un format d'items aisément intégrable dans des enquêtes de grande envergure.

Face à cette lacune, nous avons développé un nouvel instrument : le Social Participation Index (SPI, Morton et al., 2024), conçu comme une mesure standardisée de la participation sociale formelle, composée de six items formulés selon une échelle de type Likert. La qualité de l'instrument a été testée sur deux échantillons distincts ($N_1 = 4\,160$; $N_2 = 3\,956$).

Le SPI se distingue des instruments recensés à plusieurs égards. Premièrement, il répond à la nécessité, soulignée dans la littérature, de quantifier précisément l'intensité et la régularité de la participation sociale, en lien avec les effets dose-répondant documentés, selon lesquels une participation sociale plus active est associée à des bénéfices accrus (Bowe et al., 2020). L'inclusion explicite des quatre dimensions du construit — ampleur, fréquence, temps alloué et durée (Bohnert et al., 2010) — permet ainsi d'approfondir l'étude de cette relation. Deuxièmement, son format concis et standardisé facilite son intégration tant dans des études empiriques de type

interventionnel que dans des enquêtes à l'échelle macrosociale, comme ce fut le cas dans l'étude principale de cette thèse. Cette double applicabilité constitue un atout méthodologique rare. Troisièmement, le SPI permet une exploitation flexible selon les objectifs de recherche. Les items peuvent être utilisés de manière indépendante ou intégrés dans une procédure de profilage multivariée, permettant d'identifier cinq profils distincts de participation sociale : (1) absence de participation, (2) participation passive, et (3) participation active selon trois niveaux d'intensité — (a) légère, (b) modérée, (c) forte. Ces cinq profils peuvent être codés selon une échelle catégorielle ordinale de 0 à 4, ouvrant la voie à des analyses comparatives. Par ailleurs, une dichotomisation du score (en quatre variables au format booléen) permet son utilisation dans des analyses statistiques classiques, telles que la régression, la médiation ou la modélisation par équations structurelles (SEM).

Finalement, le SPI constitue une contribution originale répondant à la fois aux exigences de robustesse scientifique et aux impératifs de praticité tant pour la recherche que la clinique. Il apporte ainsi une réponse concrète à l'appel pour l'uniformisation des mesures de participation sociale, largement relayé dans la littérature scientifique actuelle (Costa et al., 2021 ; Pescheny et al., 2018 ; Polley et al., 2017 ; Rempel et al., 2017). Un an après sa publication dans la *Revue Internationale de Psychologie Sociale* (RIPS – IRSP), cette mesure a déjà fait l'objet d'une première publication.

Modélisation de la relation liant la participation sociale à la santé

Au-delà des lacunes liées à la conceptualisation et à l'opérationnalisation de la participation sociale, la modélisation de son lien avec la santé demeure entachée d'une certaine confusion théorique. La littérature révèle une diversité de propositions, chaque auteur développant son propre cadre interprétatif, souvent structuré autour de variables privilégiées. Parmi ces approches, le modèle récemment proposé par Holt-Lunstad (2021) illustre de manière révélatrice le flou conceptuel qui persiste dans ce champ de recherche. Son modèle présente une structuration simplifiée des mécanismes par lesquels la connexion sociale exercerait une influence sur la morbidité et, par conséquent, sur la mortalité. Ce modèle repose sur trois dimensions principales de la connexion sociale : la dimension structurelle (par exemple, la taille du réseau, le statut marital, l'isolement), la dimension fonctionnelle (soutien social perçu et reçu), et la dimension qualitative (satisfaction relationnelle). Ces dimensions agiraient à travers trois voies médiatrices — comportementale, biologique et psychologique — conduisant à la morbidité, elle-même corrélée à la mortalité.

Bien que ce cadre apporterait à première vue une contribution utile à la compréhension du lien entre relation sociale et santé, il n'est pas exempt de limites

conceptuelles importantes qui compromettent sa capacité à rendre compte de la complexité du phénomène étudié. D'une part, la notion de « connexion sociale » y est définie de manière large, englobant des types de relations sociales hétérogènes. Ce choix rajoute de la confusion dans la définition de la participation sociale formelle, entendue dans cette étude comme un engagement dans des groupes structurés situés en dehors des sphères privée et professionnelle. Or, cette participation formelle constitue un vecteur spécifique de ressources et de soutien social qui mérite d'être distingué. D'autre part, certaines décisions de positionnement des variables soulèvent des interrogations. Par exemple, la satisfaction relationnelle a été intégrée à la dimension qualitative de la connexion sociale, alors qu'il aurait semblé plus cohérent de l'associer à la dimension psychologique, dans la mesure où il s'agit d'une évaluation subjective relevant du vécu individuel. Le modèle de Holt-Lunstad, sans jamais référer explicitement aux travaux de Berkman et al. (2000), reprend par ailleurs des éléments similaires tout en réaffirmant une lecture fortement individualisée de la participation sociale, négligeant ainsi sa dimension collective.

À cet égard, le modèle de Berkman apparaît plus robuste. Il articule les déterminants sociaux à travers un processus en cascade, débutant à l'échelle macrosociale. Il met en lumière la manière dont les structures sociétales influencent la formation des réseaux sociaux, lesquels fournissent à l'individu un soutien vital — une dynamique déjà bien identifiée par Durkheim dans ses analyses des liens sociaux, notamment dans ses travaux fondateurs sur le suicide ou sur la fonction sociale des rituels religieux. Ainsi, le modèle théorique proposé par Berkman et al. (2000) demeure l'un des cadres les plus solidement structurés et conceptuellement pertinents pour appréhender les liens entre participation sociale et santé. Sa force réside dans l'apport d'hypothèses testables particulièrement pertinentes. Il a d'ailleurs été largement adopté par la communauté scientifique, au point de devenir une référence majeure dans l'étude des liens entre intégration sociale et santé, toute discipline confondue.

Toutefois, en près de 25 ans, la littérature a considérablement évolué, apportant des éléments nouveaux qui mériteraient d'être intégrés à ce cadre. Parmi ceux-ci, l'apport substantiel des travaux issus du courant Social cure constitue une avancée majeure. Ce courant met en évidence le rôle central de l'identité sociale comme déclencheur fondamental de la relation entre participation sociale et santé. Par ailleurs, un intérêt croissant se manifeste autour de la notion de sens de la vie, souvent évoquée de manière implicite mais de plus en plus reconnue comme un élément clé dans l'engagement social. Comme le rappellent Levasseur et al. (2022), il ne suffit pas de participer à la vie sociale ; encore faut-il que cette participation confère une signification personnelle à l'existence, au-delà d'un simple loisir. Dans ce contexte, il nous est apparu qu'une actualisation conceptuelle, accompagnée d'une validation empirique du modèle de

Berkman, était non seulement opportune, mais nécessaire, afin de répondre à l'urgence d'un cadre théorique consensuel dans ce champ de recherche.

Pour relever ce défi, la collaboration de la Mutualité Chrétienne a été sollicitée et obtenue. Une enquête a été conçue conjointement avec l'objectif d'identifier et d'évaluer les processus impliqués dans les trois voies de médiation du modèle de Berkman et al. (2000) - comportementale, psychologique et physiologique - qui mènent à la santé. Parmi l'ensemble des répondants à l'enquête, 4 988 adhérents de la Mutualité Chrétienne ont consenti au pairage de leurs données de santé. L'un des points forts de cette étude est la disponibilité de ces données. En Belgique, le système de sécurité sociale est généralement considéré comme efficace, la plupart des soins étant au moins partiellement remboursés. Les données fournies par la Mutualité Chrétienne sont donc un excellent indicateur de l'état de santé général des personnes interrogées.

Le Social Participation Index a été utilisé pour identifier des profils de participation sociale au sein de ce nouvel échantillon. Les analyses de profilage ont abouti aux cinq mêmes profils que ceux mis en évidence dans les échantillons utilisés lors de l'étude de l'opérationnalisation (voir étude 1). La comparaison de ces profils a été entreprise pour sélectionner les processus pour lesquels le degré de participation sociale était discriminant. Il s'est avéré que la voie psychologique prédominait sur clairement les deux autres voies médiatrices – comportementale et physiologique. Ce constat fait écho aux thèses durkheimiennes selon lesquels l'élan vital qui émane des rassemblements collectifs se traduit par un sentiment augmenté de l'intégration sociale, un renforcement de l'estime de soi et du sentiment de bien-être, une élévation des affects positifs ainsi qu'une adhérence accrue aux croyances et valeurs véhiculées par le groupe social (Bouchat et al., 2020 ; Páez et al., 2015).

Par la suite, l'utilisation conjointe d'analyses de régression, de modèles de médiation et de modèles d'équations structurelles (SEM) nous a permis de modéliser le mécanisme principal par lequel la participation sociale exerce une influence sur la santé. Les résultats suggèrent l'existence d'un processus en cascade, s'amorçant au niveau psychologique avant de se répercuter sur la santé. Plus précisément, la participation sociale semble offrir un cadre relationnel propice à l'activation de l'identité sociale. C'est à travers cette identification à un groupe que l'individu peut initier un processus de développement personnel, conférant ainsi un sens à son engagement collectif. Ce sens perçu vient alors nourrir le sentiment d'une vie sensée. Dans une logique de réciprocité, cette appartenance sociale accroît également la probabilité de percevoir un soutien tangible de la part du groupe, consolidant ainsi le filet social autour de l'individu. L'identité sociale, le sentiment de sens et le soutien social perçu interagissent alors de manière synergique pour atténuer le sentiment de solitude. À l'inverse, en l'absence de cette activation identitaire, la participation sociale reste superficielle et peut même exacerber l'isolement ressenti.

Si la participation sociale démontre un effet clair sur le bien-être psychologique via cette voie spécifique, son impact direct sur les indicateurs de santé physique apparaît plus limité. Nos résultats permettent ainsi d'éclairer certaines des contradictions récurrentes observées dans la littérature. Lorsque la santé est conceptualisée sous l'angle du bien-être subjectif, la participation sociale émerge comme un déterminant protecteur (Thoits & Hewitt, 2001). En revanche, dès lors que la santé est appréhendée en termes biomédicaux, les effets protecteurs de la participation sociale sont moins évidents (Kimberlee, 2013). Nos résultats convergent vers une compréhension plus fine : la participation sociale améliore significativement le bien-être, qui agit ensuite sur la santé perçue — laquelle pourrait à son tour moduler les comportements de recours aux soins. Cette lecture en chaîne ouvre des pistes intéressantes pour repenser les modèles théoriques et les interventions en santé publique.

Au terme de cette étude, nous avons proposé une actualisation du modèle théorique de Berkman et al. (2000) portant sur les liens entre participation sociale et santé. Cette révision conceptuelle s'appuie sur des résultats empiriques solides, issus d'analyses quantitatives rigoureuses, et intègre des avancées récentes issues de la littérature, notamment en ce qui concerne le rôle central de l'identité sociale, du sens de la vie et du soutien perçu. Les ajustements proposés ne visent pas à remettre en cause la structure fondatrice du modèle initial, mais plutôt à en renforcer la pertinence explicative face aux évolutions contemporaines des connaissances dans ce champ.

La validation empirique de ces propositions confère à cette mise à jour une légitimité scientifique qui, nous l'espérons, contribuera à repositionner le modèle de Berkman comme cadre de référence central pour l'étude de la relation entre participation sociale et santé. En articulant les niveaux macrosociaux, relationnels et individuels dans une perspective intégrée, ce modèle révisé permet non seulement de mieux comprendre les mécanismes psychosociaux à l'œuvre, mais aussi d'orienter les futures recherches vers des approches plus fines, tenant compte de la complexité et de la diversité des expériences de participation sociale. Cela dit, une limite importante de cette mise à jour réside dans l'absence de test empirique du niveau microsocial. Une démarche complémentaire consisterait à examiner plus systématiquement la présence et le poids des processus psychosociaux opérant à ce niveau — tels que l'identité sociale partagée, le support social fourni, l'influence sociale, l'engagement social, les contacts en face-à-face et l'accès à certaines ressources matérielles — afin de pondérer leur influence sur les voies médiatrices individuelles. Une telle analyse permettrait d'apporter davantage de nuance à la compréhension des mécanismes collectifs, en identifiant plus finement les éléments clés qui modulent l'effet du groupe sur l'individu. Pour ce faire, il ne s'agirait plus de tester ces processus de manière isolée (p.ex., influence sociale, Cialdini & Trost, 1998 ; contacts en face-à-face, Katayama et al., 2022 ; capital social, Poortinga, 2006), mais bien de les examiner simultanément, comme cela

a été réalisé dans la présente étude, afin de mieux saisir leurs interactions et leur influence conjointe sur les voies comportementale, psychologique et physiologique individuelles. Cette démarche s'inscrit dans une perspective de renforcement théorique nécessaire pour soutenir le développement de pratiques d'intervention et de politiques publiques fondées sur des bases empiriques robustes.

Implications motivationnelles dans le volontariat

Le volontariat est une forme active de participation sociale. Beaucoup choisissent de s'engager pour nouer des contacts directs, agir selon leurs valeurs altruistes ou encore rompre avec l'isolement du quotidien. En ce sens, le volontariat est aussi censé bénéficier au volontaire lui-même. Pourtant, maintenir cet engagement reste un défi majeur pour les associations du secteur tertiaire. Ce défi est encore plus important lorsque le volontariat s'inscrit dans une démarche de type prescription sociale.

Le dernier axe de recherche de cette thèse s'est centré sur le rôle des motivations à faire du volontariat, dans le but d'identifier des leviers concrets à mobiliser pour soutenir le lien entre participation sociale et santé. La littérature existante avait déjà mis en évidence plusieurs conditions favorables au maintien des volontaires dans leur activité de volontariat. Ainsi, le volontaire devrait : (1) formuler des attentes réalistes afin de maximiser les chances qu'elles soient satisfaites par la suite (Omoto & Snyder, 1995); (2) choisir une activité au sein d'un groupe social susceptible de répondre adéquatement à ses besoins spécifiques (Stukas et al., 2009); (3) s'y engager avec une certaine régularité afin de bénéficier de l'effet dose-répondant en matière de bien-être et de santé (Morrow-Howell et al., 2003) ; et (4) activer une identité sociale en tant que volontaire pour enclencher le cercle vertueux du volontariat (Haslam et al., 2024).

Dans cette perspective, les motivations à faire du volontariat apparaissent comme un facteur central. Conformément aux travaux de Finkelstein et al. (2005), la motivation constitue un processus dynamique, à prendre en compte dès la phase initiale de l'engagement social, et à réévaluer périodiquement au cours du temps. Si cette recommandation semble tout à fait pertinente, elle pose néanmoins une question cruciale restée jusqu'ici largement inexplorée : quelle(s) motivation(s) activer, et à quel moment du parcours d'engagement, si l'objectif consiste à maximiser les effets attendus de la participation sociale ? C'est précisément cette lacune que la troisième étude a visé à combler. En cherchant à clarifier le rôle différencié des motivations dans le décours de l'engagement social, cette étude propose des bases empiriques qui seront utiles pour concevoir des stratégies d'accompagnement des volontaires afin de les maintenir dans leur activité de volontariat.

Dans un premier temps, cette recherche s'est attachée à comprendre comment les motivations à faire du volontariat se combinent entre elles. Selon l'approche

fonctionnelle (Clary et al., 1998), une même activité bénévole peut satisfaire des besoins différents selon les individus, et un même volontaire peut être animé simultanément par plusieurs motivations. Afin d'explorer cette diversité, une analyse factorielle exploratoire a été conduite sur une version réduite de l'Inventaire des motivations à faire du volontariat (VMI, Esmond & Dunlop, 2004). Trois dimensions motivationnelles principales ont émergé de cette analyse : (1) la Socialisation, qui reflète une volonté de renforcer ou d'élargir son réseau social; (2) l'Accomplissement *de soi*, orienté vers le développement personnel, l'acquisition de compétences et l'alignement avec ses valeurs personnelles; (3) l'Autoprotection, où le volontariat est perçu comme une stratégie d'adaptation face à des difficultés individuelles ou contextuelles. Les analyses de régression menées par la suite ont mis en évidence des associations différenciées entre ces trois types de motivations et divers indicateurs psychosociaux et comportementaux. Ces résultats soulignent la pertinence des facteurs identifiés et confirment l'intérêt d'adopter une lecture plurifactorielle des motivations des volontaires. Chaque dimension semble en effet renvoyer à des dynamiques spécifiques, tant sur le plan du fonctionnement psychologique (par exemple, bien-être, estime de soi, sentiment de solitude) que sur celui des comportements liés à la santé. Ces premiers résultats justifient ainsi l'examen plus approfondi des configurations motivationnelles au sein des volontaires de l'échantillon ($N = 1\,361$), et leur potentiel explicatif quant aux retombées différenciées de l'engagement social.

Dans un second temps, nous avons cherché à comprendre comment les profils motivationnels des volontaires étaient associés aux variables psychologiques et aux comportements de santé. En accord avec Clary et al. (1998), il y avait un intérêt à étudier les combinaisons de motivations à faire du volontariat. Une analyse par profilage a permis d'identifier cinq profils motivationnels différents à travers l'échantillon : (1) le profil *motivation intégrale faible*, caractérisé par des niveaux globalement faibles sur l'ensemble des trois motivations ; (2) le profil *motivation intégrale forte*, regroupant des volontaires présentant des niveaux élevés sur les trois motivations ; (3) le profil *motivation protective*, dans lequel le volontariat apparaît avant tout comme une stratégie de coping, mobilisée pour faire face à des difficultés personnelles ; (4) le profil *motivation sociale*, où l'engagement est principalement motivé par le désir de nouer ou renforcer des interactions sociales en face-à-face ; (5) enfin, le profil *motivation récréative*, qui combine la recherche de contacts sociaux et le développement personnel, dans une perspective davantage centrée sur le plaisir et l'épanouissement. Les profils identifiés viennent appuyer le postulat des motivations multiples formulé par Clary et al. (1998). L'approche par analyse de profils s'est révélée particulièrement pertinente pour tenir compte de cette complexité motivationnelle. Contrairement aux approches qui considèrent les motivations de manière isolée ou cumulative, cette méthode permet d'identifier des configurations motivationnelles distinctes, en intégrant les différentes dimensions de manière structurelle. Elle offre

ainsi une lecture plus fine de l'hétérogénéité des volontaires, essentielle pour mieux comprendre les effets différenciés de l'engagement social sur le plan psychosocial et comportemental.

Le modèle liant la participation sociale à la santé que nous avons précédemment actualisé constitue un cadre théorique pertinent pour interpréter les résultats issus de la comparaison des profils motivationnels des volontaires. En accord avec la pondération des voies médiatrices – comportementale, psychologique et physiologique, il s'est avéré que le pouvoir discriminant des motivations à faire du volontariat était relativement faible concernant les comportements de santé. En revanche, des différences significatives plus marquées d'un profil motivationnel à un autre étaient principalement observées pour les processus impliqués dans la voie psychologique – identité sociale, satisfaction à faire du volontariat, estime de soi, sens de la vie, support social perçu et sentiment de solitude.

Nos résultats montrent clairement qu'au sein de la voie psychologique, la motivation à se socialiser facilite l'activation de l'identité sociale, mais cette activation ne semble pas suffisante à elle seule pour enclencher les processus psychologiques plus profonds. En effet, l'identité sociale fonctionne comme un point d'accès aux autres processus psychologiques. Dans la modélisation théorique, nous avons posé l'hypothèse d'une activation contextuelle de l'identité sociale. Lorsque l'individu perçoit qu'il a une place légitime et reconnue au sein du groupe, cette appartenance sociale renforce le sens de sa vie, nourrit un sentiment de soutien, et diminue le sentiment de solitude. À l'inverse, quand le volontaire retrouve son quotidien, surtout en situation d'isolement, l'identité sociale liée au volontariat tend à s'effacer. Ce phénomène entraîne une mise en veille des processus psychologiques qui y sont associés, notamment le sentiment de sens, le soutien perçu, et par conséquent, laisse toute la place au sentiment de solitude. Cette dynamique trouve un écho dans les travaux de Durkheim sur les rituels religieux, selon lesquels les effets structurants et émotionnellement positifs de la participation collective s'érodent dès que l'individu est replacé dans un quotidien sans interactions sociales significatives. Ainsi, même une activité de volontariat enrichissante sur le moment peut se révéler insuffisante, voire contre-productive si elle n'est pas accompagnée d'un ancrage social durable. Cette volatilité de l'identité sociale pourrait expliquer pourquoi certains volontaires dits « fragiles », bien qu'animés par des motivations de Socialisation et d'Accomplissement de soi, continuent de présenter des niveaux élevés de solitude.

Enfin, notre actualisation du modèle de Berkman et al. (2000) apporte un éclairage complémentaire sur la faible efficacité du volontariat à réduire le recours aux soins de santé. Ce modèle met en évidence que les effets de la participation sociale sur les comportements de santé ne sont pas directs, mais médiés par une amélioration du bien-être psychologique, qui influence à son tour la santé perçue, avant d'impacter, en aval,

le recours aux soins. Les résultats de cette troisième étude confirment cette séquence : les volontaires fragiles, bien qu'engagés socialement, ne semblent pas enclins à dépasser les bénéfices immédiats en termes de bien-être psychologique. Leur motivation reste centrée sur une logique de soulagement personnel à court terme, sans déclenchement spontané de changements dans leurs habitudes de consommation de soins. Dans le cadre de la prescription sociale, cette observation met en lumière la nécessité d'un accompagnement motivationnel structuré pour soutenir les patients isolés au-delà des premiers effets positifs. Il s'agit de les aider à redéfinir leur rapport au système de soins et à renforcer l'usage des ressources sociales liées à leur engagement.

Implications et perspectives

Si la prescription sociale offre une alternative prometteuse à la médicalisation de la solitude, son efficacité dépend de sa capacité à articuler les dimensions individuelles et structurelles du phénomène. Cette thèse montre que c'est en ciblant finement les mécanismes principalement psychologiques et dans une moindre mesure comportementaux propres à chaque individu que les interventions peuvent gagner en pertinence et en impact. Elle propose ainsi des lignes directrices concrètes pour renforcer l'efficacité des dispositifs existants. L'amélioration des interventions proposées permettrait d'envisager à nouveau plusieurs retombées majeures : (1) une réduction significative de la souffrance psychosociale des personnes isolées par l'identification des processus à mobiliser prioritairement ; (2) une diminution de leur consommation de soins de santé par un soutien motivationnel plus concret et précis ; (3) un désengorgement des consultations des médecins généralistes, par une réorientation plus systématique des plaintes liées à la solitude vers des professionnels du champ psychosocial, tels que les psychologues.

Toutefois, ces ajustements au niveau individuel ne sauraient suffire. Il est impératif que la réponse à la solitude ne repose pas exclusivement sur l'individu ou sur les professionnels de santé, mais qu'elle s'inscrive dans une politique publique cohérente, dotée de moyens et d'une vision à long terme. Les recherches futures devraient donc se concentrer sur les conditions concrètes de mise en œuvre au niveau microsocial des opportunités fournies par les groupes sociaux (niveau mésosocial) afin d'éclairer la construction de stratégies systémiques. C'est à ce prix que la prescription sociale pourra devenir une réponse robuste, intégrée et durable face à l'isolement croissant dans nos sociétés.

Conclusion

En conclusion, les résultats présentés dans cette thèse viennent à l'appui de l'idée selon laquelle la participation sociale est globalement associée à un meilleur bien-être ainsi qu'à une santé mentale et physique plus favorable. Bien que cette relation présente des variations selon les profils individuels et les formes d'engagement social, la tendance générale reste positive et robuste. Le simple fait de disposer d'une activité permettant une participation à la vie sociale est associé à un meilleur fonctionnement psychosocial global, à une perception plus positive de l'état de santé, ainsi qu'à une moindre consommation de soins, comparativement aux individus totalement dépourvus de participation sociale. Cette tendance s'accroît en fonction du degré d'engagement social : plus le rôle social exercé est actif, plus les effets bénéfiques de la participation sociale sur le fonctionnement psychosocial et la santé se renforcent. À l'inverse, l'isolement social apparaît comme un facteur de risque bien établi, contribuant à la dégradation de la santé mentale et physique (p.ex., Holt-Lunstad, 2017). Cette dégradation semble liée à une perte de sens, mais aussi à une perte d'élan vital, marquée par le repli, l'inertie et l'extinction progressive des dynamiques relationnelles.

Lorsque la participation sociale prend la forme d'une prescription sociale, les effets observés sont plus modestes, mais néanmoins présents. On constate notamment une amélioration du bien-être subjectif et un style de vie plus actif, ce qui constitue déjà une avancée significative pour des patients en situation d'isolement social. Toutefois, il convient d'adopter une attitude réaliste quant aux effets attendus sur la santé physique : au mieux, la prescription sociale permettrait de ralentir ou stabiliser une trajectoire de dégradation, sans pour autant entraîner une restauration complète de la santé.

Malgré ces limites, l'approche de la prescription sociale marque un tournant important : elle remet au centre une réponse collective, sociale et humaine à un problème trop souvent médicalisé. En cela, on peut penser que Durkheim aurait salué cette tentative contemporaine de reconstruire du lien social comme antidote aux détresses individuelles.

.....

Références bibliographiques

.....

Références bibliographiques

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Bohnert, A., Fredricks, J., & Randall, E. (2010). Capturing unique dimensions of youth organized activity involvement: Theoretical and methodological considerations. *Review of Educational Research*, 80(4), 576–610. <https://doi.org/10.3102/0034654310364533>
- Bouchat, P., Rimé, B., Van Eycken, R., & Nils, F. (2020). The virtues of collective gatherings: A study on the positive effects of a major scouting event. *Journal of Applied Social Psychology*, 50(3), 189–201. <https://doi.org/10.1111/jasp.12649>
- Bowe, M., Gray, D., Stevenson, C., McNamara, N., Wakefield, J. R., Kellezi, B., Wilson, I., Cleveland, M., Mair, E., Halder, M., & Costa, S. (2020). A social cure in the community: A mixed-method exploration of the role of social identity in the experiences and well-being of community volunteers. *European Journal of Social Psychology*, 50(7), 1523–1539. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2706>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., DeGruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Medical Care*, 27(3), 221–233.
- Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, P. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516.
- Costa, A., Sousa, C. J., Seabra, P. R. C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., Henriques, A., Nogueira, P., & Alarcão, V. (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: A systematic literature review. *Sustainability: Science, Practice, & Policy*, 13(5), 2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
- Cruwys, T., Wakefield, J. R., Sani, F., Dingle, G. A., & Jetten, J. (2018). Social isolation predicts frequent attendance in primary care. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(10), 817–829. <https://doi.org/10.1093/abm/kax054>
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: A systematic review. *BMC Public Health*, 11(1), 647. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-647>

- Drinkwater, C., Wildman, J., & Moffatt, S. (2019). Social prescribing. *BMJ*, 30923039. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1285>
- Durkheim, E. (1912). Les formes élémentaires de la vie religieuse. <https://lectures.revues.org/726>
- Esmond, J., & Dunlop, P. (2004). *Esmond, J., & Dunlop, P. (2004, August). Developing the volunteer motivation inventory to assess the underlying motivational drives of volunteers in Western Australia.*
- Fancourt, D., Aughterson, H., Finn, S., Walker, E., & Steptoe, A. (2021). How leisure activities affect health: A narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 329–339. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30384-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30384-9)
- Finkelstein, M. A., Penner, L. A., & Brannick, M. T. (2005). Motive, role identity, and prosocial personality as predictors of volunteer activity. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 33(4), 403–418. <https://doi.org/10.2224/sbp.2005.33.4.403>
- Grenade, L., & Boldy, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468–478. <https://doi.org/10.1071/AH080468>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 39, 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., Dingle, G. A., & Haslam, S. A. (2018). *The new psychology of health: Unlocking the social cure* (Routledge).
- Haslam, S. A., Haslam, C., Cruwys, T., Sharman, L. S., Hayes, S., Walter, Z., & Young, T. (2024). Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing. *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(5), 1128–1150. <https://doi.org/10.1177/13684302241242434>
- Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437–458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>

- Holt-Lunstad, J. (2021). The major health implications of social connection. *Current Directions in Psychological Science*, 30(3), 251–259. <https://doi.org/10.1001/10.1017/01197673/709261347219429199693906>
- Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
- Husk, K., Elston, J., Gradinger, F., Callaghan, L., & Asthana, S. (2019). Social prescribing: Where is the evidence? *British Journal of General Practice*, 69(678), 6–7. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700325>
- Jetten, J., Haslam, C., & Alexander, S. H. (2012). The social cure: Identity, health and well-being (Psychology press). <https://doi.org/10.4324/9780203813195>
- Jetten, J., Haslam, S. A., Dingle, G., & Jones, J. M. (2014). How groups affect our health and well-being: The path from theory to policy. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 103–130. <https://doi.org/10.1111/sipr.12003>
- Kimberlee, R. (2013). Developing a social prescribing approach for Bristol. Bristol CCG, 646.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, E., Castonguat, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and Ageing*, 51(2), afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Loftus, A. M., McCauley, F., & McCarron, M. O. (2017). Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*, 148, 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>

- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3), S137–S145. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S137>
- Morton, J. S., Rimé, B., Herman, G., Bourguignon, D., & Luminet, O. (2024). Towards an Interdisciplinary Consensual Measure of Social Participation: From Scoping Review to Clustering Measurement. *International Review of Social Psychology*, 37(1), 1–23. <https://doi.org/10.5334/irsp.854>
- Munford, L. A., Wilding, A., Bower, P., & Sutton, M. (2020). Effects of participating in community assets on quality of life and costs of care: Longitudinal cohort study of older people in England. *BMJ Open*, 10(2), e033186. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033186>
- Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>
- Omoto, A., & Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 671–687.
- Páez, D., Rimé, B., Basabe, N., Wlodarczyk, A., & Zumeta, L. (2015). Psychosocial effects of perceived emotional synchrony in collective gatherings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(5), 711–729. <https://doi.org/10.1037/pspi0000014>
- Pescheny, J. V., Pappas, Y., & Randhawa, G. (2018). Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
- Polley, M. J., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017). Making sense of social prescribing. *University of Westminster*.
- Rempel, E. S., Wilson, E. N., Durrant, H., & Barnett, J. (2017). Preparing the prescription: A review of the aim and measurement of social referral programmes. *BMJ Open*, 7(10), e017734. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017734>
- Rimé, B., & Páez, D. (2023). Why we gather: A new look, empirically documented, at Émile Durkheim's theory of collective assemblies and collective effervescence. *Perspectives on Psychological Science*, 18(6), 1306–1330. <https://doi.org/10.1177/17456916221146388>
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2014). Meaning and health: A systematic review. *Applied Research in Quality of Life*, 9, 1055–1079. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9288-9>

- Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297–305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Koyanagi, A., Meilstrup, C., & Nielsen, L. (2020). Formal social participation protects physical health through enhanced mental health: A longitudinal mediation analysis using three consecutive waves of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Social Science & Medicine*, 251, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112906>
- Shankar, A., Rafnsson, S. B., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology & Health*, 30(6), 686–698. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.979823>
- Stavrova, O., & Luhmann, M. (2016). Social connectedness as a source and consequence of meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 470–479. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1117127>
- Stevenson, C., Wilson, I., McNamara, N., Wakefield, J. R., Kellezi, B., & Bowe, M. (2019). Social prescribing: A practice in need of a theory. *British Journal of General Practice*.
- Stukas, A. A., Snyder, M., & Clary, E. G. (1999). The effects of “mandatory volunteerism” on intentions to volunteer. , 10(1), 59-64. *Psychological Science*, 10(1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00107>
- Stukas, A. A., Worth, K. A., Clary, E. G., & Snyder, M. (2009). The matching of motivations to affordances in the volunteer environment: An index for assessing the impact of multiple matches on volunteer outcomes. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(1), 5–28. <https://doi.org/10.1177/0899764008314810>
- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 376.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115–131. <https://doi.org/10.2307/3090173>
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407–417. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>

- Vidovic, D., Reinhardt, G. Y., & Hammerton, C. (2021). Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
- Wakefield, J. R., Bowe, M., Kellezi, B., McNamara, N., & Stevenson, C. (2019). When groups help and when groups harm: Origins, developments, and future directions of the “Social Cure” perspective of group dynamics. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(3), e12440. <https://doi.org/10.1111/spc3.12440>
- Wenger, G. . C., & Burholt, V. (2004). Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 23(2), 115–127. Sociological Abstracts. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0028ro>
- WHO. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. 10665/343206/9789240030749-eng

Annexe

Cette annexe présente l'intégralité des questions ayant constitué le questionnaire de l'enquête telle qu'elle a été diffusée par la Mutualité Chrétienne en 2017-2018.

Annexe 1 : L'enquête Engagement social & santé

Introduction

Madame,

Monsieur,

La Mutualité chrétienne (MC) est soucieuse de la santé de ses membres et se bat pour que les soins de santé soient accessibles à tous. Afin de cerner les facteurs qui influent sur l'état de santé, la MC et ses mouvements, en collaboration avec l'UCL (Université Catholique de Louvain), mènent une étude scientifique et sollicitent votre participation.

QUEL EST L'OBJET DE L'ETUDE ?

La science suggère qu'il existe un lien entre l'engagement social / les relations sociales et la santé / les soins de santé auxquels nous faisons appel. La présente étude a pour but d'investiguer la nature de ce lien.

SI VOUS ETES D'ACCORD DE PARTICIPER, QU'ATTENDONS-NOUS DE VOTRE PART ?

- De bien vouloir compléter le questionnaire

Il porte sur vos relations sociales ainsi que la façon dont vous vous engagez dans la vie sociale. Cela vous prendra environ 20 minutes. Vous pouvez faire une pause et reprendre le questionnaire plus tard. Il suffit de cliquer à nouveau sur le lien vers le questionnaire pour reprendre là où vous étiez arrivé.

- De nous autoriser à croiser les données

Afin d'examiner le nature du lien entre l'engagement social / les relations sociales et la santé / soins de santé, nous devons pouvoir associer les informations du questionnaire à celles provenant de votre dossier mutualiste. Ce dossier comporte des informations relatives à vos remboursements de soins de santé (consultation de généralistes ou de spécialistes, hospitalisations, consommation de médicaments...) et des données administratives (statut social, intervention majorée...). Pour pouvoir faire ce couplage, nous avons besoin de votre autorisation expresse. Nous vous la demandons à la fin du questionnaire. Pour marquer votre accord, il suffit d'introduire votre numéro de référence unique. Ce numéro figure dans l'e-mail que nous vous avons envoyé, il est mentionné près de « votre numéro de référence ». Sans votre autorisation, nous ne traiterons que les réponses du questionnaire.

NOUS VOUS ASSURONS UN TRAITEMENT ANONYME ET CONFIDENTIEL DE VOS REPONSES.

Une fois le lien effectué avec votre dossier mutualiste, toutes les données sont rendues anonymes. Plus personne ne peut alors savoir qui a répondu quoi. Ce fichier rendu anonyme sera ensuite traité par les chercheurs de la Mutualité Chrétienne (MC) et de l'UCL. Nous n'utiliserons vos données que dans le cadre de cette étude. Elles ne sont pas transmises à des tiers. Elles resteront donc strictement anonymes et confidentielles.

Merci d'avance pour votre collaboration !

Votre profil

1. Vous êtes... ?

- ☐ Un homme
- ☐ Une femme

2. Quelle est votre année de naissance ?

Par exemple: si vous êtes né en 1967, introduisez le nombre 1967 (et pas '67)

Votre année de naissance

3. Dans quelle région habitez-vous ?

- ☐ Anvers
- ☐ Brabant flamand
- ☐ Limbourg
- ☐ Flandre occidentale
- ☐ Flandre orientale
- ☐ Brabant wallon
- ☐ Hainaut
- ☐ Liège
- ☐ Luxembourg
- ☐ Namur
- ☐ Région de Bruxelles-Capitale
- ☐ A l'étranger

4. Quelle est votre situation familiale actuelle ? Vous vivez ...

- ☐ Seul(e) sans enfant
- ☐ Seul(e) avec enfant(s)
- ☐ En couple sans enfant
- ☐ En couple avec enfant(s)
- ☐ Autres (ex. : centre de soins résidentiel, famille avec parent cohabitant, frères/sœurs qui cohabitent)

Participation à des clubs, organisation et associations

Les questions suivantes portent sur le thème : faire partie d'un club, d'une organisation ou d'une association

Par '**faire partie de**', nous entendons les possibilités suivantes :

- **Vous êtes un membre actif** : vous participez aux activités*

- **Vous êtes volontaire** : vous mettez en œuvre les activités* avec les membres sur une base volontaire

(non rémunérée – vous percevez éventuellement des indemnités de défraiement, aucun caractère professionnel)

- **Vous faites partie de l'organisation / administration** : vous organisez les activités* ou vous occupez une fonction officielle

(président, secrétaire, ...)

* Pour entrer en considération, une activité suffit.

Ce qui ne suffit pas pour entrer en considération, par exemple : lorsque vous donnez juste une contribution financière à une bonne cause (pe : Unicef).

5. Je fais partie d'un club, d'une organisation ou d'une association qui s'investit dans ...

(plusieurs réponses possibles)

- Si votre club, organisation ou association s'investit dans plusieurs domaines , choisissez le domaine dans lequel vous vous engagez majoritairement. Exemple : Jeunesse et Santé est une organisation active dans le domaine des jeunes et des vacances. Si vous êtes devenu volontaire auprès de Jeunesse et Santé pour pouvoir travailler essentiellement avec des jeunes, sélectionnez uniquement le thème des jeunes.

- Si vous faites partie de plusieurs organisations, ciblant chacune un thème différent, vous pouvez indiquer plusieurs thèmes.

- Je ne fais partie d'aucun club, d'aucune organisation ou association
- Le sport : football, vélo, tennis, athlétisme, fitness, natation, yoga, ...
- La culture : musique, danse, culture, théâtre, cinéma, chant, chorale, ...
- La jeunesse : Scouts, Guides, Patro, Jeunesse et santé, ...
- L'éducation / la formation : association de parents d'élève, soutien scolaire, apprentissage de langues, ...

- La santé et le bien-être : garde malade, transport des malades, Croix Rouge, volontaire dans un hôpital, maison de repos, Télé-
- Accueil, ...
- Personnes malades / souffrant d'un handicap : Altéo, association de patients, ...
- Personnes âgées : Enéo, ...
- Les femmes : Vie Féminine, ...
- Social / politique : parti, syndicat, mutuelle, mouvement ouvrier chrétien (MOC), ...
- La religion/ la philosophie : catéchiste, sacristain, club / cercle de réflexion, franc-maçonnerie ...
- La pauvreté / les plus vulnérables : ATD Quart-Monde, restaurant social, ...
- Le folklore : carnaval, procession, marche folklorique, marche militaire, ...
- International / coopération au développement : OXFAM, Amnesty International, ...
- Environnement, nature : WWF, Greenpeace, ...
- Vacances : Intersoc, ...
- Le quartier : comité de quartier, fête des voisins, surveillance de quartier ou d'immeuble, ...
- Une autre organisation (à préciser)

6. Qu'implique votre participation au(x) club(s), organisation(s) ou association(s) renseigné(s) dans la question précédente ?

Instruction : lorsqu'on parle d'activité(s), une seule suffit. (Par exemple : pour indiquer que vous-même êtes volontaire, il suffit que vous exerciez une activité sur base volontaire).

- Je suis membre : je participe aux activités (ex. : je participe aux promenades)
- Je fais du volontariat : je mets en oeuvre certaines activités sur une base volontaire (ex. : j'encadre bénévolement la promenade avec les membres)
- Je fais partie de l'organisation / administration : j'organise les activités (ex. : j'organise la promenade et toutes les modalités pratiques)

7. A quelle fréquence participez-vous aux activités organisées par des clubs, organisations ou associations dont vous faites partie ?

Instruction : ci-dessous apparaissent les réponses que vous avez données à la question précédente.

Participation sociale et santé

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Plusieurs fois par mois	Une fois par mois	Plusieurs fois par an	Une fois par an ou moins
Je suis membre : je participe aux activités (ex. : je participe aux promenades)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais du volontariat : je mets en oeuvre certaines activités sur une base volontaire (ex. : j'encadre bénévolement la promenade avec les membres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais partie de l'organisation / administration : j'organise les activités (ex. : j'organise la promenade et toutes les modalités pratiques)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Combien d'heures par mois participez-vous aux activités organisées par des clubs, organisations ou associations dont vous faites partie ?

Instruction : ci-dessous apparaissent les réponses que vous avez données à la question précédente. Si vous estimez qu'il vous est difficile de répondre, vous pouvez donner une estimation, une moyenne.

	< 1h	1 à 5h	6 à 10h	11 à 20h	21 à 30h	31 à 45h	46 à 60h	61h ou plus
Je suis membre : je participe aux activités (ex. : je participe aux promenades)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais du volontariat : je mets en oeuvre certaines activités sur une base volontaire (ex. : j'encadre bénévolement la promenade avec les membres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais partie de l'organisation / administration : j'organise les activités (ex. : j'organise la promenade et toutes les modalités pratiques)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9. Depuis quand faites-vous partie de votre (vos) club(s), organisation(s) ou association(s) ?

Si vous faites partie de plusieurs organisations, répondez pour l'organisation auprès de laquelle vous faites partie **depuis le plus longtemps**.

- ☐ Six mois ou moins
- ☐ Entre six mois et une année
- ☐ Entre 1 et 2 ans
- ☐ Entre 3 et 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

10. Je fais du volontariat parce que ...

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
... j'y vois le moyen de développer une carrière, mes compétences.	☐	☐	☐	☐	☐
... je m'y sens apprécié et respecté.	☐	☐	☐	☐	☐
... je m'y fais de nouveaux amis et j'étends mon réseau social.	☐	☐	☐	☐	☐
... je sais que je reçois aussi en retour.	☐	☐	☐	☐	☐
... ayant moi-même été dans la difficulté, je tiens à aider les autres / autrui.	☐	☐	☐	☐	☐
... ça me renvoie une image positive de moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐
... j'y retrouve mes amis et connaissances.	☐	☐	☐	☐	☐
... je valorise le service aux autres / à autrui.	☐	☐	☐	☐	☐
... ça m'ouvre de nouvelles perspectives sur le monde, les gens, la vie.	☐	☐	☐	☐	☐
... ça me permet d'échapper à mes propres problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐
... je trouve que les autorités n'en font pas assez pour aider les personnes auprès desquelles je travaille en tant que volontaire	☐	☐	☐	☐	☐

Autre (Spécifiez)

11. Les affirmations suivantes portent sur votre volontariat. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chaque affirmation.

Si vous faites du volontariat dans plusieurs organisations, référez-vous à l'activité principale : l'activité qui est la plus importante, celle qui a le plus de sens pour vous

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mon travail de volontaire m'épuise	☐	☐	☐	☐	☐
Mon travail de volontaire me procure de l'énergie	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait de mon travail de volontaire	☐	☐	☐	☐	☐

12. Quand je participe à l'activité de mon club, mon organisation, mon association, nous (les autres membres et moi)...

Instruction : dans les propositions qui suivent, par 'nous' il faut comprendre : 'les autres membres et vous-même'.

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours
... nous vivons les mêmes émotions.	☐	☐	☐	☐	☐
... nous sommes à l'unisson.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'impression de vibrer avec les autres membres du groupe.	☐	☐	☐	☐	☐
Je ressens une sorte de connivence entre nous.	☐	☐	☐	☐	☐
... nous partageons un moment d'unité.	☐	☐	☐	☐	☐
... nous vivons ensemble une émotion forte.	☐	☐	☐	☐	☐

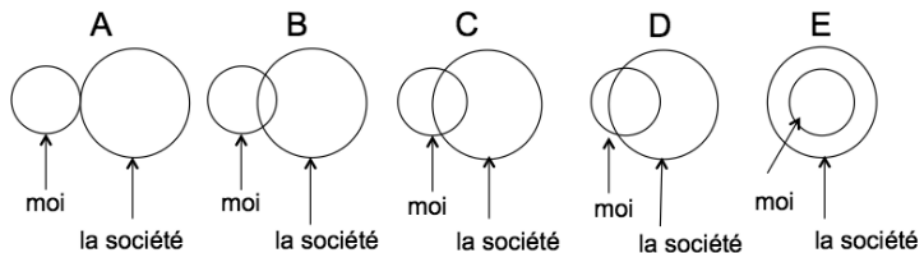
Vos relations sociales

13. Quelle est la relation actuelle qu'il y a entre vous et ...

Il s'agit en l'occurrence de la relation en général. Il se peut que vous entreteniez de bonnes relations avec certains membres de votre famille et peu ou pas de relations avec d'autres. Estimez dès lors globalement : existe-il des liens forts ou faibles entre vous et les membres de votre famille ? Il en va de même pour les autres types de relations.

	Pas du tout de liens	Des liens faibles	Des liens modérés	Des liens forts	Des liens très forts	Cela ne me concerne pas
... votre famille	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vos camarades ou amis	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vos voisins / votre quartier	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vos collègues	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... vos camarades d'études	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... les membres des organisations ou groupes dont vous faites partie	☐	☐	☐	☐	☐	☐

14. Parmi les schémas en-dessus, lequel correspond le mieux à la manière dont vous vous situez par rapport à la société ? de A = Je me sens à côté de la société à E = Je me sens en fusion avec la société.



- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E

15. Quel est votre degré d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je préfère compter sur moi-même plutôt que sur les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me fie à moi-même la plupart du temps , je me fie rarement aux autres.	☐	☐	☐	☐	☐
Le bien-être de mes collègues / camarades d'études / un autre proche est important pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
Mon identité personnelle, indépendante des autres, est très importante pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
Si un(e) collègue de travail / un(e) camarade d'études / un autre proche obtenait une récompense, je serais fier (fière) de lui / elle.	☐	☐	☐	☐	☐
Pour moi, le plaisir consiste à passer du temps avec les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens bien lorsque je coopère avec les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais souvent « à ma manière »	☐	☐	☐	☐	☐

16. Quel est votre degré d'accord avec les propositions suivantes ?

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Lorsque je vois que l'on profite d'autres individus, j'ai souvent envie de protester.	☐	☐	☐	☐	☐
Lorsque je vois qu'on traite quelqu'un de manière injuste, il m'arrive de ne pas ressentir beaucoup de pitié à son égard.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me fais souvent du souci pour les gens qui ont moins de chance que moi.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me décrirais moi-même comme quelqu'un au cœur tendre.	☐	☐	☐	☐	☐
Parfois, je ne me sens pas désolé(e) pour ce qui arrive aux autres lorsqu'ils ont des problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐
La malchance de certaines personnes ne me perturbe généralement pas plus que ça.	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis généralement touché(e) par ce qui se passe autour de moi.	☐	☐	☐	☐	☐
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer comment je me sentirais si j'étais à sa place.	☐	☐	☐	☐	☐
Si je suis certain(e) d'avoir raison, je ne passe pas beaucoup de temps à écouter les arguments des autres.	☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie parfois de mieux comprendre ce que mes amis ressentent en imaginant les choses depuis leur point de vue.	☐	☐	☐	☐	☐
Je crois qu'il y a toujours deux côtés à une question et j'essaie toujours d'envisager les deux.	☐	☐	☐	☐	☐
Quand je suis fâché(e) avec quelqu'un, j'essaie toujours de me mettre un peu à sa place.	☐	☐	☐	☐	☐
En cas de désaccord, j'essaie de voir le point de vue de chaque personne avant de prendre une décision.	☐	☐	☐	☐	☐
Je trouve parfois difficile d'envisager les choses depuis le point de vue de quelqu'un d'autre.	☐	☐	☐	☐	☐

Votre bien-être

18. Veuillez évaluer la mesure dans laquelle vous acceptez les énoncés suivants

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je suis très satisfait de ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'énergie nécessaire pour accomplir mes tâches quotidiennes.	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que ma vie est utile et valable.	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait(e) de moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐
Ma vie est pleine d'expériences d'apprentissages et de défis qui me font grandir.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens très connecté(e) aux personnes qui m'entourent.	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens capable de résoudre la majorité de mes problèmes quotidiens.	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que je peux être moi-même pour les choses importantes.	☐	☐	☐	☐	☐
Je prends plaisir aux petites choses de tous les jours.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai beaucoup de mauvais moments dans ma vie quotidienne.	☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que je vis dans une société qui me permet de réaliser pleinement mon potentiel.	☐	☐	☐	☐	☐

19. Pour les items suivants, veuillez répondre à l'aide de l'échelle allant de 'Pas du tout d'accord' à 'Tout à fait d'accord'.

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens peu de raisons d'être fier(e) de moi.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	☐	☐	☐	☐	☐

20. Pour les items suivants, veuillez répondre à l'aide de l'échelle allant de 'Pas du tout d'accord' à 'Tout à fait d'accord'.

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
J'ai compris le sens de ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐
Je sais dire ce qui fait que ma vie a du sens.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai découvert une raison de vivre qui me satisfait.	☐	☐	☐	☐	☐
Ma vie n'a pas de but précis.	☐	☐	☐	☐	☐

21. Les questions suivantes portent sur votre soutien social.

	Pas du tout d'accord	Pas trop d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Dans mon entourage, il y a suffisamment de personnes sur lesquelles je peux compter.	☐	☐	☐	☐	☐
Les gens de mon entourage m'apportent le soutien <u>pratique</u> dont j'ai besoin (ex. aide pour les tâches ménagères, au niveau financier, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les gens de mon entourage m'apportent le soutien <u>émotionnel</u> dont j'ai besoin (ex. ils vous comprennent, vous soutiennent, vous écoutent, ...)	☐	☐	☐	☐	☐

Vos habitudes sportives et alimentaires

22. Indiquez pour chacune des affirmations et/ou questions suivantes la réponse qui s'applique le mieux à votre situation.

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Presque toujours	Toujours
Je mange de manière variée chaque jour, et je consomme par exemple des fruits et légumes, du pain et des céréales complètes, des viandes maigres, des produits laitiers, des légumineuses, des fruits secs et des graines.	☐	☐	☐	☐	☐
Je limite la quantité de graisses, graisses saturées et cholestérol dans mon alimentation (y compris la graisse dans la viande, les œufs, le beurre, crème fraîche ou les abats de viande).	☐	☐	☐	☐	☐
Je limite la quantité de sel en cuisinant avec peu de sel et en n'ajoutant pas de sel à table. J'évite les snack salés (comme les chips).	☐	☐	☐	☐	☐
J'évite de manger trop de sucre (spécialement les snacks sucrés, les sucreries ou les soft drinks comme le coca).	☐	☐	☐	☐	☐
Je pratique une activité sportive (ex. courir, foot, aérobic, ...) pendant 20 à 25 minutes au moins 3 fois par semaine.	☐	☐	☐	☐	☐
Je fais de l'exercice de type yoga, stretching, Tai-Chi, Pilates au moins 3 fois par semaine.	☐	☐	☐	☐	☐
A raison d'au moins 5 jours par semaine, chaque jour je consacre 30 minutes à de l'activité physique modérée (promenade, rouler en vélo, jardinage, prendre les poussières, ...)	☐	☐	☐	☐	☐
Je maintiens le poids qui me convient en évitant surpoids et sous-poids.	☐	☐	☐	☐	☐
Je fume plus de 2 cigarettes par jour.	☐	☐	☐	☐	☐
Je bois au moins un ou deux verres de boissons alcoolisées par jour.	☐	☐	☐	☐	☐

Votre état de santé

23. Quel est votre poids ?

Encoder uniquement un chiffre arrondi dans la case (pas de décimales, de virgule, de point ou de texte !). Exemple : si vous pesez 72,5 kg, écrivez 73

24. Quelle est votre taille ?

Encoder uniquement un chiffre arrondi dans la case (pas de décimales, de virgule, de point ou de texte !). Par exemple, si vous mesurez 1 mètre 70, écrivez 170

25. Quel est votre état de santé en général ?

- ☐ Très mauvais
- ☐ Mauvais
- ☐ Ça va (raisonnable)
- ☐ Bon
- ☐ Très bon
- ☐ Pas de réponse

26. Souffrez-vous d'une maladie ou affection de longue durée (problème de santé) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

27. Avez-vous, en raison d'un problème de santé, été limité depuis 6 mois ou plus dans des activités de la vie quotidienne ?

- ☐ Oui, très limité
- ☐ Oui, limité
- ☐ Non, pas limité du tout

Aidant proche

28. Êtes-vous un aidant proche ? Apportez-vous de l'aide, prenez-vous soin d'une personne malade chronique, d'une personne souffrant d'un handicap ou d'une perte d'autonomie ? Il peut s'agir de votre conjoint, d'un parent ou d'un enfant, ou alors d'un autre membre de la famille, d'un ami ou un voisin. Il peut s'agir de faire les courses, le ménage, aider au transport ou prodiguer des soins quotidiens comme aider à se laver ou à s'habiller.

- ☐ Oui
- ☐ Non

29. Combien de temps au total consacrez-vous habituellement par semaine à ces soins ou à cette aide ?

- ☐ Moins de 10 heures / semaine
- ☐ 10 à 19 heures / semaine
- ☐ 20 heures par semaine ou plus
- ☐ Je ne sais pas

Votre profil

30. Quel est votre niveau de formation ? Cochez la case correspondant au plus haut diplôme obtenu.

- ☐ Enseignement primaire
- ☐ Enseignement secondaire inférieur
- ☐ Enseignement secondaire supérieur
- ☐ Enseignement supérieur (graduat, candidature, baccalauréat)
- ☐ Enseignement supérieur de type long (post graduat, licence, master, master complémentaire)
- ☐ Enseignement supérieur post universitaire (MBA, doctorat)

31. Quelle est votre situation socio-professionnelle actuelle ?

- ☐ Salarié (employé, ouvrier, fonctionnaire)
- ☐ Indépendant / profession libérale
- ☐ En incapacité de travail / invalide / handicapé
- ☐ (pré)pensionné
- ☐ Demandeur d'emploi
- ☐ Homme/femme au foyer (vous vous occupez à plein temps de votre ménage, sans rémunération)
- ☐ Étudiant
- ☐ Autre (veuillez préciser)

Autorisation de traitement de données

Nous souhaitons utiliser les réponses à ce questionnaire dans le cadre d'une étude scientifique. **Son objectif est d'investiguer la nature du lien entre l'engagement social et le recours aux soins de santé.** En tant que mutualité, nous savons quels soins de santé sont remboursés à nos membres et nous disposons de diverses données administratives.

Pour la présente étude, nous souhaitons lier les informations provenant des réponses à ce questionnaire à diverses données provenant de nos bases de données (exemple : nombre de contacts avec le médecin généraliste, spécialiste, volume d'hospitalisations, classes des médicaments remboursés, statut social, intervention majorée, etc.). **Pour réaliser ce couplage, nous vous demandons d'introduire un numéro de référence (si vous êtes d'accord avec ce couplage), celui qui figure dans l'e-mail que nous vous avons envoyé. C'est grâce à ce numéro que nous pouvons établir un lien avec nos bases de données.**

Ce couplage est uniquement effectué par le département Recherche & Développement de la MC, sous la supervision d'un médecin. Les collaborateurs R&D impliqués sont tenus par le secret professionnel. **Une fois le couplage effectué, les données traitées sont rendues totalement anonymes.** Plus personne ne peut alors savoir qui a répondu au questionnaire, et les résultats sont rassemblés et présentés sous forme de tableaux et résultats statistiques.

Dans le cadre de la loi sur le respect de la vie privée, nous vous demandons explicitement votre autorisation pour ce traitement. Pour ce faire, aux trois questions qui suivent : il vous suffit de cocher la case adéquate (d'accord / pas d'accord) et si vous êtes d'accord : d'introduire votre numéro de référence et d'ajouter la date d'aujourd'hui.

Si vous ne donnez pas votre autorisation (ou ne répondez pas), nous traiterons uniquement les réponses introduites au présent questionnaire sans faire de lien avec d'autres données. Donner ou non votre approbation à ce traitement n'a aucune influence sur les remboursements, avantages ou indemnités que vous recevez de votre mutualité.

Vous pouvez à tout moment contrôler et corriger vos données. Ces données seront supprimées 5 ans après la fin de l'étude.

32. Je suis d'accord pour que les réponses à ce questionnaire soient couplées aux informations contenues dans les bases de données de la Mutualité Chrétienne.

- ☐ D'accord
- ☐ Pas d'accord

33. Veuillez indiquer votre numéro de référence.

Ce numéro de référence est un nombre de 6 chiffres mentionné dans l'e-mail que nous vous avons envoyé.

Votre numéro de référence:

34. Veuillez indiquer la date d'aujourd'hui

JJ / MM / AAAA

Jour / mois / année: / /