

JUIN 2003

*Répercussions de la  
pauvreté sur la santé*

APERÇU DE LA RECHERCHE

Shelley Phipps

## Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé

Le recueil comprend les trois documents suivants :

*Répercussions de la pauvreté sur la santé* document rédigé par Shelley Phipps

*Approches politiques à l'égard des répercussions de la pauvreté sur la santé* document rédigé par David P. Ross

*Pauvreté et santé : Liens vers des mesures concrètes*

Procès-verbal de la Table ronde nationale de l'ISPC sur la pauvreté et la santé, le 26 mars 2002

Ces documents sont disponibles séparément en format électronique. Toutefois, sur papier, ils sont publiés ensemble sous le nom de *Documents recueillis par l'ISPC sur la pauvreté et la santé*, juin 2003.

Tous droits réservés.

Les opinions qui y sont exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Initiative sur la santé de la population canadienne ou de l'Institut canadien d'information sur la santé. Aucune section de la présente publication ne peut être reproduite ni transmise sous quelque forme que ce soit, ni par quelque procédé électronique ou mécanique que ce soit, y compris des photocopies, les enregistrements ou par tout autre moyen de stockage d'information et de recherche documentaire, qui existe ou non à l'heure actuelle, sans le consentement écrit de l'auteur qui en possède les droits. Ne sont cependant pas soumises à cette règle les personnes désirant citer de brefs passages pour une publication dans une revue, un journal ou encore pour une émission radiodiffusée ou télédiffusée.

Les demandes d'autorisation doivent être acheminées à :

l'Institut canadien d'information sur la santé  
377, rue Dalhousie, bureau 200  
Ottawa (Ontario)  
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860  
Télécopieur : (613) 241-8120  
[www.icis.ca](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-258-1 (PDF)  
ISBN 1-55392-262-X (Documents recueillis)

© 2003. l'Institut canadien d'information sur la santé

Also available in English as *The Impact of Poverty on Health* ISBN 1-55392-257-3 (PDF)

# À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

La mission de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) comporte deux volets : faire comprendre davantage les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités, et contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et améliorent la santé et le bien-être des Canadiens. Pour ce faire, l'ISPC est dirigée par un Conseil de chercheurs de renommée et de décideurs de partout du Canada. L'ISPC collabore avec les chercheurs, les responsables de l'élaboration des politiques, le public et d'autres partenaires clés pour faire comprendre davantage les déterminants de santé, dans le but d'aider les Canadiens à vivre plus longtemps et en bonne santé.

L'ISPC, en tant qu'acteur essentiel dans le domaine de la santé de la population :

- Analyse les éléments de preuve sur la santé de la population à l'échelle canadienne et internationale pour contribuer aux politiques qui améliorent la santé des Canadiens.
- Finance la recherche et crée des partenariats scientifiques pour faire comprendre davantage les résultats de la recherche et promouvoir l'analyse des stratégies qui améliorent la santé de la population.
- Résume les éléments de preuve des expériences politiques, analyse ceux qui portent sur l'efficacité des initiatives politiques et développe les options politiques.
- Travaille à améliorer les connaissances du public et sa vision des déterminants qui influent sur la santé et le bien-être des individus et des collectivités.
- Travaille au sein de l'Institut canadien d'information sur la santé pour contribuer à l'amélioration du système de santé au Canada et de la santé des Canadiens.

## Remerciements

Ce rapport a été préparé en vertu d'un contrat avec l'Initiative sur la santé de la population canadienne et l'Institut canadien d'information sur la santé en février 2002. L'ISPC souhaite remercier Andrew Jackson, ancien directeur de la recherche du Conseil canadien de développement social, Jean-Pierre Voyer, ancien sous-directeur exécutif de la Société de Recherche Sociale Appliquée et Allen Zeesman, directeur général de la Direction générale de la recherche appliquée de Développement des ressources humaines Canada d'avoir révisé le rapport.



# Répercussions de la pauvreté sur la santé

## Table des matières

Sommaire .....	i
Introduction .....	1
1. Mesure de la pauvreté : évaluation de l'état socio-économique .....	2
Mesure du revenu individuel .....	2
Évaluation de l'inégalité au sein de la population .....	4
Qu'entend-on par pauvreté? .....	5
Mesure de l'ampleur de la pauvreté au sein d'une population .....	6
Mesure de la dynamique de la pauvreté .....	6
2. Tendances en matière de pauvreté : Que savons-nous de la pauvreté au Canada? .....	8
Que savons-nous de la dynamique de la pauvreté? .....	11
3. Inégalités en matière de santé : Que savons-nous de l'état de santé des Canadiens? .	12
4. La pauvreté cause-t-elle une mauvaise santé? Que savons-nous des liens de causalité entre la pauvreté et la santé? .....	14
Résultats de la recherche sur la santé .....	14
Résultats de la recherche sur les enfants .....	15
5. Théories sur les raisons de l'importance de l'inégalité socio-économique pour la santé de la population .....	18
6. Que savons-nous des liens entre situation socio-économique et santé de la population? .....	20
7. Orientations de la recherche : De quel type de recherche avons-nous besoin? .....	21
Conclusion.....	23
Notes en fin d'ouvrage .....	25



## Sommaire

Le présent document évalue l'état actuel des connaissances scientifiques sur les liens entre la pauvreté et la santé, et examine les politiques élaborées à cet égard depuis février 2002. Bien que nous fassions abondamment référence aux comptes rendus de recherche existants, notre but n'est pas d'épuiser la question, mais bien d'en faire une synthèse, d'apprendre et de réfléchir aux prochaines étapes à franchir.

## Mesure de la pauvreté : Évaluation de l'état socio-économique

Le présent document débute par la prémisse selon laquelle nous ne pouvons pas comprendre les liens existant entre la situation socio-économique et la santé tant que nous n'aurons pas conçu et élaboré les mesures les plus appropriées à ces concepts. La section 1 commence par discuter des différentes méthodes de conceptualisation et de mesure de la situation socio-économique. Conformément au consensus qui se dégage des ouvrages sur la question, nous soutenons que la meilleure mesure disponible de la situation socio-économique individuelle correspond au revenu du ménage calculé après impôt et transfert, rajusté pour tenir compte des différences de taille des familles et attribué à *chaque membre* de la famille.

Cette mesure comporte cependant des lacunes dont nous prenons note. Ainsi, le concept de revenu du ménage ne tient compte ni du temps consacré au travail rémunérateur, ni de la répartition familiale du revenu, ni du patrimoine familial. Malheureusement, les enquêtes réalisées à partir de microdonnées sur la santé, telles que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et l'Enquête nationale sur la santé de la population, ne contiennent aucune mesure particulièrement adéquate du revenu familial et n'offrent aucune estimation du patrimoine familial. Si ces études fournissaient des données socio-économiques plus pertinentes, la qualité de la recherche au Canada y gagnerait.

Nous discutons également des méthodes d'évaluation de l'inégalité et de la dépossession (ou pauvreté) au sein de la population et tentons de déterminer les *meilleures pratiques* à partir des ouvrages sur la question. La plupart des chercheurs œuvrant dans le domaine de la pauvreté et de l'inégalité considèrent que, dans le cas d'un pays riche comme le Canada, la pauvreté doit être conçue en termes relatifs plutôt qu'absolus. Nombre d'entre eux considèrent également qu'il vaut mieux mesurer le niveau de pauvreté nationale en faisant appel au concept d'*intensité de la pauvreté* qui englobe : 1) l'incidence de la pauvreté, 2) l'ampleur de la pauvreté et 3) une mesure de l'inégalité au sein de la population défavorisée.

Les résultats des récentes enquêtes longitudinales (soit des études qui suivent les mêmes sujets sur une période de temps) réalisées au Canada permettent d'étudier la *dynamique* de la situation socio-économique. Ces données sont particulièrement importantes pour la recherche sur la pauvreté et la santé car, selon toute vraisemblance, la grande insécurité économique ou la pauvreté de longue durée ont des liens étroits avec la santé.

## Tendances en matière de pauvreté : Que savons-nous de la pauvreté au Canada?

À partir de certains des plus importants résultats de recherche, la section 2 présente la répartition des revenus au Canada, en la comparant à celle d'autres pays, si possible. Voici un aperçu des principaux points relevés :

- Au Canada, le revenu disponible réel moyen est relativement constant depuis le milieu des années 1980 malgré les hausses remarquables dans la participation des mères au marché du travail.
- L'inégalité du revenu est restée relativement la même entre 1973 et 1997, mais s'est améliorée à la fin des années 1990.
- Il existe moins d'inégalité parmi les enfants canadiens qu'américains, mais plus que les enfants dans les pays scandinaves tels que la Norvège.
- Le niveau de pauvreté des enfants est resté le même, tandis qu'il a énormément diminué parmi les aînés, ce qui s'explique surtout par le déploiement d'efforts politiques visant à augmenter les transferts à ce groupe.
- Par ailleurs, peu de changements importants ont été observés pour ce qui est du niveau de pauvreté des mères monoparentales, des Autochtones, des membres des minorités visibles, des personnes souffrant d'incapacités et des résidents des provinces de l'Atlantique; tous ces groupes continuent d'être très exposés à la pauvreté.
- Les résultats préliminaires de récentes études longitudinales donnent à penser que la pauvreté persiste, particulièrement au sein des groupes vulnérables (p. ex. les mères monoparentales).

## Inégalités en matière de santé : Que savons-nous de l'état de santé des Canadiens?

La section 3 examine les importantes inégalités en matière de santé chez les Canadiens. Notamment, les personnes à faible revenu sont en moins bonne santé, quelle que soit la méthode utilisée pour mesurer l'état de santé : déclarations par les intéressés, taux de mortalité infantile, taux de chronicité, taux d'incapacité/de capacité réduite ou indice *Health Utility Index*. Autrement dit, les groupes particulièrement exposés à la pauvreté (p. ex. mères monoparentales, Autochtones, régions de l'Atlantique) sont constamment en moins bonne santé. De plus, certains pays caractérisés par un niveau d'inégalité et (ou) de pauvreté inférieur à celui du Canada affichent moins d'inégalités et de meilleurs résultats en matière de santé.



Selon les exemples présentés dans le rapport, il existe un lien très étroit entre les structures d'inégalité en matière de santé et les structures d'inégalité socio-économique. Autrement dit, les groupes les plus défavorisés sur le plan socio-économique sont aussi les plus susceptibles d'être en moins bonne santé. Bien que cette corrélation soit très évocatrice, elle ne permet pas pour autant de conclure à l'existence d'un lien de *causalité* entre pauvreté et santé.

## La pauvreté est-elle la cause d'une mauvaise santé?

Les sections 4, 5 et 6 examinent les analyses plus formelles — généralement multivariées — qui tentent d'établir que la pauvreté est une *cause* de la mauvaise santé. Ces études se divisent en deux catégories : celles qui sont orientées en fonction d'une approche *micro*, ou *individuelle* (en vertu de laquelle, par exemple, l'expérience directe et personnelle de la pauvreté est associée à la santé individuelle), et celles qui sont orientées en fonction d'une approche *macro*, ou *sociale* (en vertu de laquelle, par exemple, le fait de vivre dans une société où le revenu est réparti de façon plus inégale est associé à l'état de santé de la population).

Selon les principaux résultats des études orientées en fonction de l'approche individuelle (micro), il existe un lien très évident et très fort entre la santé et le revenu individuel. Autrement dit, la pauvreté est à l'origine de la mauvaise santé.

Voici d'autres résultats :

- Plus le revenu est élevé, meilleur est l'état de santé, mais les améliorations sont plus notables pour les personnes à plus faible revenu.
- Les mesures à plus long terme du revenu permettent plus d'associations avec la santé.
- Par rapport aux épisodes ponctuels de pauvreté, la pauvreté de longue durée est davantage associée avec la santé.
- Bien que le niveau de revenu et le changement de niveau de revenu soient importants, le premier l'est davantage.
- Les brusques « revers de fortune » ont des conséquences plus notables que les réussites soudaines.
- Pour les enfants, ce sont les épisodes de pauvreté en bas âge qui importent le plus.

Plusieurs études axées sur l'approche sociale (macro) ont vérifié l'hypothèse voulant que les sociétés caractérisées par un niveau d'inégalité supérieur affichent également des résultats de santé inférieurs. Cette situation s'explique de différentes façons :

- L'hypothèse du *revenu absolu* suggère que l'état de santé s'améliore avec le *niveau* de revenu personnel, mais selon un taux décroissant; les pays dont les revenus sont répartis plus également seraient caractérisés par de meilleurs états de santé moyens.

- L'hypothèse de la *position relative* (ou *psychosociale*) souligne que c'est la position d'une personne au sein d'une hiérarchie sociale donnée, indépendamment de son niveau de vie, qui permet de comprendre le lien entre l'inégalité et la santé.
- L'hypothèse *néomatérialiste* soutient que, au même titre que les inégalités de l'infrastructure sociale (soins de santé, systèmes de transport, d'éducation, de logement, de loisirs), les inégalités de revenu sont produites par les processus économiques, politique, culturel et historique sous-jacents d'une société donnée. Dans cette optique, les inégalités de l'état de santé sont attribuables aux *inégalités* des différentes manifestations de l'environnement matériel (décrit ci-dessus).

## **Orientations de la recherche : De quelles connaissances en recherche avons-nous besoin?**

Dans l'ensemble, l'interprétation des résultats d'études sur l'inégalité et la santé de la population suscite un débat passionné. Il vaut la peine de poursuivre la recherche axée sur l'approche individuelle, car il est évident que c'est à ce niveau que la pauvreté se fait ressentir avec le plus d'acuité. En réalisant d'autres études et en utilisant des données et des techniques d'estimation plus fiables, on devrait obtenir des estimations *quantitatives* plus précises et définitives. Les données longitudinales nous permettront également d'en apprendre davantage au sujet de la dynamique qui sous-tend le lien entre la pauvreté et la santé et des facteurs qui exacerbent ou atténuent ce même lien.

Il vaut également la peine de continuer d'étudier les liens entre santé et inégalité, en accordant plus d'attention aux processus à l'origine de la structure d'inégalité observée, non seulement en termes de revenus mais aussi en termes d'infrastructure sociale. L'examen des politiques et de leur impact peut aussi contribuer à jeter la lumière sur ces liens. Il y a lieu de se demander pourquoi le marché du travail produit plus d'inégalités dans certaines régions comparativement à d'autres; pourquoi certains pays sont plus enclins à répartir le revenu pour réduire le niveau de l'inégalité; pourquoi certains pays ont créé d'excellents programmes publics de soins de santé, d'éducation, de soins des enfants et de loisirs, tandis que dans d'autres, l'élite de la société est plus susceptible d'acheter des services parallèles de meilleure qualité; de quelle manière les institutions sociales interagissent avec les institutions commerciales pour produire des résultats de santé pour la population. La recherche qui prévoit répondre à ces questions produira des résultats qui nous aideront grandement à comprendre comment la politique peut contribuer à diminuer le niveau de pauvreté, en même temps que les conséquences négatives de la pauvreté pour la santé.

## **Conclusion**

En conclusion, le document aborde les orientations prometteuses de la recherche sur la pauvreté et la santé.

## Introduction

Afin de comprendre le lien entre situation socio-économique et santé, nous devons d'abord définir les concepts de « *situation socio-économique* » et de « *santé* ». Cette section débute par une discussion sur la meilleure façon d'évaluer la situation socio-économique, tant à l'échelle nationale qu'individuelle. Nous présentons ensuite une synthèse des connaissances sur la pauvreté et l'inégalité au Canada, et terminons par une comparaison entre le Canada et d'autres pays riches. D'après certaines études sur les inégalités de santé du Canada, les groupes les plus susceptibles d'être défavorisés économiquement sont également les plus susceptibles d'être en mauvaise santé. Cette observation ne permet cependant pas d'affirmer que la pauvreté est la *cause* de la mauvaise santé. C'est pourquoi nous avons également passé en revue les études qui tentent de déterminer l'existence d'un lien causal entre pauvreté et santé. Deux principales approches se distinguent :

- L'approche *individuelle* (micro) cherche à établir un lien entre la situation socio-économique d'une personne et son état de santé.
- L'approche *sociale* (macro) cherche à établir un lien entre les caractéristiques socio-économiques d'une population (p. ex. inégalité des revenus) et son état de santé général.

La section 4 présente de l'information sur la recherche au niveau individuel pour les adultes puis les enfants. La section 5 examine l'information au niveau de la population. Enfin, nous concluons sur le manque de données scientifiques.

# 1. Mesure de la pauvreté : évaluation de l'état socio-économique

La situation socio-économique peut être mesurée tant au niveau social qu'individuel, et les deux dimensions paraissent caractérisées par d'importants liens à l'état de santé. Ainsi, au niveau individuel, l'expérience personnelle de la pauvreté et le fait de vivre dans une société marquée par l'inégalité des revenus peuvent être associés à un mauvais état de santé. Au niveau de la population, les sociétés aux répartitions de revenu moins équitables peuvent être en pire santé que celles à la répartition plus équitable. Afin de comprendre tous les liens possibles, nous devons élaborer une définition mûrement réfléchie de la situation socio-économique individuelle (micro) et sociale (macro).

## Mesure du revenu individuel

### Unité de mesure

La majorité des individus vivent en ménage et partagent des ressources avec d'autres personnes. Ainsi, la plupart des enfants ne touchent pas de revenu personnel, mais ne sont pas dans la misère pour autant, car ils profitent du revenu familial<sup>1</sup>. (La même affirmation vaut pour les mères qui demeurent à la maison.) Si nous voulons évaluer la situation socio-économique individuelle, nous ne pouvons ignorer les ressources du ménage. Or, il ne s'agit pas d'une mesure adéquate de la situation socio-économique individuelle, car elle ne tient pas compte de la taille du ménage. La situation socio-économique d'un enfant ayant cinq frères et (ou) sœurs est moins favorable que celle d'un enfant unique, si leurs familles touchent respectivement le même revenu.

Toutefois, le revenu du ménage *par habitant* n'est pas une bonne mesure de la situation socio-économique individuelle, car les ressources sont souvent « plus rentables » lorsqu'elles sont réparties entre plusieurs personnes. Par exemple, les membres d'une même famille qui partagent les coûts du chauffage, une cuisine et le téléphone, assument respectivement moins de frais que s'ils vivaient chacun de leur côté. Pour tenir compte des *économies d'échelle* possibles à l'intérieur d'une famille, les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques rajustent le revenu du ménage au moyen d'une *échelle d'équivalence*. Bien que la question de savoir quelle échelle d'équivalence<sup>2</sup> soit la plus appropriée suscite la controverse, il semble qu'on s'entend sur le fait que la situation socio-économique doit être mesurée pour *chaque* individu au sein du ménage, au moyen du *revenu du ménage équivalent*, défini comme étant le « revenu du ménage total, divisé par l'échelle d'équivalence appropriée ».

Le concept de revenu du ménage équivalent suppose un partage égal des ressources au sein de la famille. Or, ce n'est pas toujours le cas : les enfants peuvent être négligés, les parents peuvent se sacrifier pour eux ou il se peut que les épouses ne partagent pas les frais. Le *revenu du ménage équivalent* constitue donc parfois une mesure biaisée de la situation socio-économique individuelle. Malheureusement, compte tenu des données actuellement disponibles, il est impossible de remédier à ce problème<sup>3</sup>.

## Revenu disponible annuel

Actuellement, on s'entend pour dire que la mesure disponible la plus appropriée pour ce qui est des ressources économiques individuelles est actuellement le *revenu disponible annuel*, tenant compte des transferts et des impôts.

Bien que le revenu disponible annuel soit la meilleure mesure possible du revenu disponible, elle n'est pas idéale d'un point de vue conceptuel, et ce, pour un nombre de raisons :

- Il est notoire que cette mesure est difficile à obtenir. Certains éléments du revenu (telles les prestations d'assistance sociale et la rémunération des travailleurs indépendants) et certains impôts (telles les taxes de vente) ne sont pas toujours pris en compte.
- Il serait préférable d'utiliser une mesure à plus long terme des ressources économiques, qui tiendrait compte de la volatilité du revenu annuel, particulièrement chez les personnes à plus faible revenu.
- L'approche ne tient pas compte de l'accumulation passée des avoirs ou des dettes, même si deux individus touchant le même revenu, mais n'ayant absolument pas le même patrimoine, ne soient pas dans la même situation socio-économique.
- Le revenu disponible annuel ne comprend pas non plus d'estimation du temps consacré au travail rémunéré. Par exemple, on suppose qu'à revenu égal, la famille à revenu unique est en meilleure position que la famille à deux revenus dans la mesure où la première consacre moins d'heures au travail rémunéré et, donc, plus de temps à d'autres activités productives telles que passer du temps avec les enfants.
- Enfin, le revenu annuel disponible ne tient pas compte des différences entre les biens publics dont profitent les familles. Cette donnée est particulièrement importante lorsqu'il s'agit de comparer différents pays (ou différentes régions d'un même pays). Par exemple, à revenu égal, une famille vivant dans un pays où il existe un système de soins de santé public n'aura pas le même niveau de vie qu'une autre famille vivant dans un pays où il n'y a pas de tel système. Cet aspect est difficile à mesurer, mais il peut être très important pour comprendre les liens entre situation socio-économique et santé, ainsi que l'influence des politiques publiques sur ces liens.

Les ensembles de données sur la santé sont rarement adéquats pour mesurer le revenu familial, ce qui limite la qualité de la recherche possible. Par exemple, dans le cadre de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants, le revenu est estimé à partir d'une seule question à l'intérieur d'un entretien individuel de deux heures : « Quelle est votre meilleure estimation du revenu familial total pour les douze derniers mois, avant impôts et retenues, et provenant de toutes les sources? » Dans presque tous les cas, seule la mère répond à cette question (le conjoint y a répondu dans seulement 7,5 % des cas)<sup>4</sup>. Il est à noter que l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants ne fournit pas d'estimations du revenu *disponible*, qui est la meilleure mesure possible de la situation socio-économique, et n'indique pas les différentes sources de revenu (c.-à-d. provenant de différents membres

de la famille), bien que cette information puisse être capitale pour comprendre les liens entre situation socio-économique et santé<sup>5</sup>. C'est la raison pour laquelle les estimations de la pauvreté infantile de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants sont passablement différentes de celles de l'Enquête sur les finances des consommateurs, par exemple (il existe une différence de 4,7 % selon le seuil de pauvreté choisi<sup>6</sup>).

Il est à noter que si nous ne disposons pas de la meilleure mesure possible de la situation socio-économique, nous ne pouvons obtenir la meilleure estimation des liens entre situation socio-économique et santé.

## Évaluation de l'inégalité au sein de la population

De nombreuses études basées sur l'approche sociale tentent d'évaluer le lien entre la santé de la population et l'inégalité de la situation socio-économique à l'intérieur d'une région donnée. Pour ce faire, les chercheurs utilisent des mesures globales de l'inégalité. Dans la mesure où nous acceptons le *revenu disponible équivalent* comme étant actuellement la meilleure estimation possible de la situation socio-économique individuelle, il nous faut décider de la méthode à utiliser pour tenir compte de l'ampleur de l'inégalité à l'intérieur de cette variable. Il existe de nombreux ouvrages traitant de cet aspect. Voici les méthodes les plus courantes : 1) calcul de la part du revenu total touché par les personnes à faible revenu, par rapport à la part touchée par les personnes à revenu moyen, par rapport à la part touchée par les personnes à revenu élevé (selon une division de la population en cinq ou dix groupes (quintiles ou déciles) de taille égale, du plus pauvre au plus riche); 2) calcul du revenu moyen du groupe le plus riche par rapport au revenu moyen du groupe le plus pauvre (p. ex. le ratio *90:10* compare le revenu moyen de la tranche de 10 % de la population la plus riche et le revenu moyen de la tranche de 10 % de la population la plus pauvre); 3) calcul de divers *indices* d'inégalité<sup>7</sup>.

Il est à noter que le niveau d'inégalité économique n'est pas le même selon l'indicateur utilisé. Par exemple, un indice peut dénoter une augmentation de l'inégalité, tandis qu'un autre suggère qu'elle n'a pas changé ou même qu'elle a diminué<sup>8</sup>. Cela est dû au fait que différentes mesures d'inégalité portent sur différents aspects de la répartition des revenus. Par exemple, le très populaire *coefficient de Gini*<sup>9</sup> est particulièrement sensible à ce qui se passe au milieu de la courbe de répartition des revenus; le *coefficient de variation* est, pour sa part, sensible à ce qui se passe au sommet de cette courbe, tandis que les mesures de style Atkinson, qui ont un faible seuil de tolérance à l'inégalité, sont particulièrement sensibles à ce qui se passe au bas de la courbe de répartition des revenus<sup>10</sup>. En somme, le choix d'un indicateur repose sur les valeurs, mais il reste que ce choix peut grandement influencer la teneur des conclusions sur les liens entre santé de la population et inégalité des revenus<sup>11</sup>.

Les études axées sur l'approche individuelle portent une attention particulière aux liens existant entre santé et *faibles revenus*. C'est ce qui nous amène à discuter de la pauvreté.

## Qu'entend-on par pauvreté?

Les chercheurs débattent depuis plusieurs années des différentes conceptions de la pauvreté. Nous traitons trois approches dans cette section :

- L'approche absolue selon laquelle la pauvreté correspond au fait de posséder moins qu'un minimum absolu défini *objectivement*.
- L'approche *relative* selon laquelle la pauvreté correspond au fait de posséder moins que les autres dans une société donnée.
- L'approche *subjective* selon laquelle la pauvreté correspond au fait de penser que l'on n'a pas suffisamment de ressources pour se débrouiller<sup>12</sup>.

Nous discuterons également de l'étendue de la pauvreté et de la nature dynamique, à long terme, de la pauvreté.

### Pauvreté absolue

L'idée selon laquelle une personne est pauvre si elle n'a pas un revenu suffisant pour se procurer un ensemble minimum « objectif » de biens remonte loin dans l'histoire. En 1901, Rowntree qualifiait de pauvre une famille qui ne touchait pas un revenu total suffisant pour se procurer les biens de première nécessité lui permettant simplement de bien fonctionner<sup>13</sup>. Cette idée sous-tend l'établissement des seuils de pauvreté officiels aux États-Unis, les recommandations de budgets alimentaires adéquats minimum<sup>14</sup>, ainsi que la *Mesure du panier de consommation* proposée récemment par Développement des ressources humaines Canada. Une telle mesure est intéressante en ce qu'elle représente un repère fixe permettant d'évaluer le progrès accompli sur une période de temps. L'un de ses principaux désavantages est qu'il est extrêmement difficile de définir objectivement un « ensemble minimum de biens de première nécessité » qui ne changera pas avec le temps. Par exemple, les appareils sanitaires et l'électricité sont maintenant considérés comme des « biens de première nécessité » au Canada, alors que ce n'est pas le cas dans d'autres pays (ou au Canada au début du siècle).

### Pauvreté relative

Selon une conception relative de la pauvreté, un individu est considéré comme pauvre s'il touche un revenu considérablement moins élevé que ceux qui l'entourent. Cette perspective remonte loin dans l'histoire, elle aussi. Il y a plus de 200 ans, Adam Smith englobait dans les biens de première nécessité non seulement les biens naturellement nécessaires, mais aussi les objets nécessaires selon les conventions établies pour les gens les plus pauvres de la société<sup>15</sup>. Généralement, la pauvreté relative correspond à un revenu inférieur au revenu médian dans une proportion de 50 ou de 40 %. L'un des principaux avantages de cette approche est sa simplicité et sa transparence<sup>16</sup> — il n'est pas nécessaire de déterminer ce que sont les biens de première nécessité.

## Pauvreté subjective

Selon l'approche subjective, qui est plus populaire en Europe qu'en Amérique du Nord<sup>17</sup>, un individu est pauvre lorsqu'il considère qu'il n'a pas suffisamment d'argent pour se débrouiller. Les tenants de cette approche soutiennent que la meilleure façon d'évaluer le revenu dont une personne a besoin pour « joindre les deux bouts » est de le lui demander. Les seuils de pauvreté subjective sont établis à partir d'enquêtes où l'on pose des questions telles que : « Compte tenu de l'endroit où vous vivez actuellement et des dépenses que vous considérez comme nécessaires, quel est le revenu minimum dont vous et votre famille avez besoin pour joindre les deux bouts<sup>18</sup>? » Bien entendu, les montants indiqués par les répondants augmentent selon leurs revenus — aspect pris en compte dans les estimations des seuils de pauvreté subjective. En se servant d'un supplément de l'Enquête sur les finances des consommateurs de 1983, Poulin a estimé, pour les familles canadiennes de six membres ou moins, des seuils de pauvreté subjective<sup>19</sup> considérablement plus élevés que le seuil de faible revenu (SFR) établi par Statistique Canada pour la même année.

Les chercheurs œuvrant dans le domaine de la pauvreté s'entendent pour dire que l'approche relative est la méthode la plus pertinente pour mesurer la pauvreté dans les pays riches<sup>20</sup>.

## Mesure de l'ampleur de la pauvreté au sein d'une population

Il est souvent important d'évaluer l'*ampleur* de la pauvreté au sein d'une population. La façon la plus évidente d'établir le taux de pauvreté consiste à calculer le pourcentage de la population pauvre; cependant, le fait de ne tenir compte que de la *fréquence* de la pauvreté ne dit rien au sujet de sa *gravité*. C'est pourquoi on indique souvent l'*ampleur* moyenne de la pauvreté au sein d'une population — soit le montant moyen par lequel le revenu du ménage est inférieur au seuil de la pauvreté. Récemment, plusieurs auteurs<sup>21</sup> ont soutenu que l'*intensité* de la pauvreté doit être mesurée au moyen d'un critère qui englobe la fréquence et l'ampleur de la pauvreté, ainsi que l'inégalité parmi les gens défavorisés.

## Mesure de la dynamique de la pauvreté

L'utilisation des données longitudinales, obtenues dans le cadre d'études qui suivent les mêmes sujets sur une période donnée, est l'une des pistes les plus prometteuses pour la compréhension des liens entre situation socio-économique et santé. Les données longitudinales ne sont disponibles que depuis peu au Canada; elles proviennent notamment de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu, de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes et l'Enquête nationale sur la santé de la population.

Grâce aux données longitudinales, il est possible d'obtenir des mesures à plus long terme de la situation socio-économique, telles les moyennes de revenu disponible équivalent sur de nombreuses périodes. Comme nous l'avons indiqué plus haut, ces données permettent de déterminer le *revenu permanent*, qui est plus précis que le revenu courant, d'où leur pertinence dans les études sur le lien entre l'état de santé et le revenu individuels. Elles permettent également de tracer la trajectoire des revenus, soit l'évolution ascendante ou descendante de la répartition des revenus sur une période de temps donnée, et d'évaluer la



*volatilité* du revenu individuel — représentée soit par le nombre de fois où il y a eu amélioration ou détérioration importante du niveau de vie, soit au moyen des écarts types par rapport au revenu sur plusieurs périodes. Les mesures de la volatilité peuvent s'avérer extrêmement importantes, car la *sécurité* économique (et non seulement le revenu) est étroitement reliée à l'état de santé<sup>22</sup>.

Les données longitudinales nous permettent de calculer la durée totale de l'état de pauvreté — soit le pourcentage de la durée de vie qu'un enfant passe dans cet état — et ainsi de distinguer les brefs épisodes de pauvreté des situations de pauvreté chronique. Il est également possible de déterminer et d'expliquer les mouvements de rapprochement et d'éloignement par rapport à la pauvreté<sup>23</sup>.

Il est à noter que, lorsqu'on examine la dynamique de la pauvreté, il est essentiel de se concentrer sur l'individu plutôt que sur la famille, car les unités familiales risquent de s'accroître, de diminuer, de se scinder, de se reconstituer, etc.<sup>24</sup>.

## 2. Tendances en matière de pauvreté : Que savons-nous de la pauvreté au Canada?

Dans cette section, nous présentons quelques points saillants sur la pauvreté et l'inégalité au Canada afin d'établir le contexte pour la discussion qui suivra sur les liens de causalité possibles entre la pauvreté et la santé. Bien que nous ayons établi la nécessité d'une approche « idéale » pour mesurer la situation socio-économique, cette section présente les résultats d'ouvrages existants, qui sont basés sur une diversité d'approche.

Voici les faits connus concernant la situation socio-économique au Canada :

- Le revenu disponible équivalent moyen (et médian) *réel*<sup>25</sup> par personne, au Canada, est passé de 12 083 \$ en 1971 à 16 691 \$ en 1981, mais est resté relativement le même depuis le milieu des années 1980<sup>26</sup>, en dépit d'augmentations significatives de la population active, particulièrement chez les mères de famille. Par exemple, la participation à la vie active des mères ayant des enfants de moins de 16 ans est passée de 39,2 % en 1976 à 68,7 % en 1999<sup>27</sup>. Autrement dit, la moyenne du nombre total d'heures consacrées au travail rémunéré par ménage a augmenté sans que le revenu réel augmente de façon proportionnelle. Il est également à noter que le nombre moyen d'heures travaillées par personne au Canada est plus élevé qu'il ne l'est dans les pays européens (p. ex. 1 181 heures par années au Canada, comparativement à 981 heures en France et 982 heures en Allemagne), mais inférieur au nombre moyen d'heures travaillées aux États-Unis (1 429 heures par années)<sup>28</sup>. Pour les femmes, le fardeau de la « double journée de travail », soit la combinaison des responsabilités rémunérées aux tâches traditionnelles non rémunérées, a eu pour conséquence des contraintes de temps considérables (p. ex. 38 % des mères mariées qui travaillent à plein temps se disent gravement stressées par le temps)<sup>29</sup>.
- Comparativement à l'augmentation de l'inégalité observée aux États-Unis et au Royaume-Uni, la répartition du revenu disponible équivalent au Canada est restée relativement la même entre 1973 et 1997<sup>30</sup>. Cette situation est en partie attribuable à la redistribution des revenus assurée par le système d'imposition et de transfert canadien. Toutefois, on remarque une augmentation de l'inégalité à la fin des années 1990 (le *coefficient de Gini* est passé de 0,305 en 1993 à 0,330 en 1998), ce qui semble attribuable à une réduction du revenu réel dans les deux déciles inférieurs de la répartition<sup>31</sup>.
- La détérioration des conditions du marché du travail pour les jeunes adultes est particulièrement troublante dans la perspective de la situation socio-économique familiale<sup>32</sup>.

- Il y a moins d'inégalité chez les enfants que parmi tous les autres groupes au Canada, mais les enfants sont beaucoup plus susceptibles de vivre dans des familles dont le revenu disponible équivalent se situe dans la moitié inférieure de la courbe de répartition des revenus (p. ex. 61,8 % en 1997). Il y a moins d'inégalité parmi les enfants vivant au Canada (*gini* = 0,275) que parmi les enfants vivant aux États-Unis ou au Royaume-Uni (*gini* = 0,373 et 0,335 respectivement), mais plus que parmi les enfants vivant en Norvège (*gini* = 0,208). Autrement dit, au Canada, la tranche de 10 % des enfants les plus riches a des revenus 7,6 fois supérieurs à ceux de la tranche de 10 % des enfants les plus pauvres, alors que ce ratio est de 13,9 aux États-Unis, et de 4,8 en Norvège<sup>33</sup>.
- Au Canada, on a réussi à réduire le niveau de pauvreté parmi les aînés : l'intensité de la pauvreté des aînés est passée de 0,08 à 0,008 entre 1975 et 1996. On n'a cependant pas réussi à réduire autant le niveau de pauvreté chez les enfants : l'intensité de la pauvreté est passée de 0,097 en 1975 à 0,089 en 1996<sup>34</sup>. Cette situation s'explique principalement par le fait que les programmes d'imposition et de transfert ont permis aux aînés de sortir de la pauvreté de façon beaucoup plus efficace. Par exemple, sur la base du revenu marchand, 70,6 % des personnes âgées auraient été pauvres au Canada sans l'intervention de l'État, qui a réduit la fréquence de la pauvreté à 1,9 %. Parallèlement, la fréquence de la pauvreté « marchande » chez les très jeunes enfants aurait été de 63,1 % sans l'intervention de l'État, qui l'a ramenée à 28,3 %<sup>35</sup>.
- Contrairement à ce qui s'est produit pour les aînés, les groupes les plus susceptibles d'être pauvres au Canada sont généralement restés les mêmes, dans la mesure où les données ont permis de tracer les tendances.
  - Les mères monoparentales continuent d'être particulièrement exposées à la pauvreté, tant en termes de fréquence (56 % d'entre elles étaient pauvres en 1997) que d'intensité (en moyenne, le revenu des mères monoparentales pauvres était de 9 046 \$ de moins que le seuil de pauvreté SFR en 1997)<sup>36</sup>.
  - Les personnes souffrant d'incapacité sont également exposées à la pauvreté (p. ex. 30,8 % d'entre elles étaient pauvres en 1995, comparativement à 18,4 % des Canadiens ne souffrant pas d'incapacité)<sup>37</sup>.
  - Les taux de pauvreté sont supérieurs pour les membres des minorités visibles (35,9 % comparativement à 17,6 % en 1995)<sup>38</sup>. Les Autochtones sont particulièrement exposés à la pauvreté (43,4 % d'entre eux étaient pauvres en 1995, comparativement à 19,3 % des non-Autochtones)<sup>39</sup>.
  - L'appartenance à une région joue un rôle important pour ce qui est de la situation socio-économique. Par exemple, 17,7 % des familles vivant à Terre-Neuve étaient pauvres en 1997, comparativement à 12,7 % des familles vivant en Alberta<sup>40</sup>.

- Bien que, au Canada, l'intensité de la pauvreté infantile soit moins grave (0,08 en 1994, après impôt et transfert) qu'aux États-Unis (0,18) ou au Royaume-Uni (0,11), elle est *plus* grave que dans plusieurs autres pays riches (p. ex. Danemark [0,03], Finlande [0,02], Belgique [0,02], France [0,05], Pays-Bas [0,05], Norvège [0,03] et Suède [0,02])<sup>41</sup>.

Cette situation s'explique principalement par le fait que, dans ces pays, le système d'imposition et de transfert réussit plus efficacement à réduire la pauvreté infantile induite par le marché. Par exemple, si l'on tient compte des impôts et des transferts dans le revenu marchand, la fréquence de la pauvreté chez les enfants canadiens passe de 23,4 % à 11,7 % (soit une réduction de 50 %). Les États-Unis réussissent beaucoup moins bien à sortir les enfants de la pauvreté (la fréquence de la pauvreté passe de 26,7 % à 19,1 %). Cependant, en Belgique, en Finlande, en France, en Allemagne, en Italie, aux Pays-Bas, en Norvège et en Suède, les programmes gouvernementaux permettent de diminuer la fréquence de la pauvreté infantile de plus de 60 % (elle passe, par exemple, de 22,8 % à 6,7 % aux Pays-Bas et de 21,6 % à 7,5 % en France)<sup>42</sup>. Les différences sont encore plus frappantes lorsqu'on compare les niveaux de pauvreté des enfants vivant dans des familles monoparentales (mères). Par exemple, 33 % des enfants canadiens vivant dans des familles monoparentales étaient pauvres en 1994, tandis que c'était le cas de seulement 9,2 % des enfants norvégiens dans la même situation familiale (la même année, moins de 9,3 % des enfants canadiens vivant dans des familles biparentales étaient pauvres)<sup>43</sup>.

Ces différences spectaculaires de niveaux de pauvreté sont principalement attribuables aux différences des systèmes de transferts sociaux entre les pays. Si, par exemple, les mères canadiennes bénéficiaient des transferts sociaux de la Norvège<sup>44</sup>, le revenu des Canadiennes à faible revenu augmenterait de 121 %, ou d'environ 7 000 \$.

Comme nous en avons discuté plus haut, le revenu annuel n'est pas à lui seul une mesure particulièrement adéquate de la situation socio-économique familiale. Il serait préférable de connaître la valeur du *patrimoine* familial, bien que les données sur la distribution de la richesse au Canada soient extrêmement limitées ou pratiquement absentes dans la plupart des grandes enquêtes sur la santé. L'Enquête sur la sécurité financière de 1999 de Statistique Canada remédie en partie à la situation en fournissant d'importantes données nouvelles sur l'inégalité, qui sont très convaincantes : la tranche de 10 % des familles ayant la valeur nette la plus élevée possède 53 % de tout le patrimoine personnel du pays. La tranche de 10 % des familles dont le revenu est le plus faible a une valeur nette négative — elles sont endettées. Les structures d'inégalité du patrimoine ressemblent aux structures d'inégalités du revenu/pauvreté. Par exemple, la valeur nette médiane des mères monoparentales est de 14 600 \$, ce qui est très faible comparativement à la valeur nette de la population canadienne en général, qui est de 81 000 \$; les familles vivant à Terre-Neuve ont une valeur nette médiane de 53 000 \$, comparativement à 101 400 \$ pour les familles vivant en Ontario<sup>45</sup>.

## Que savons-nous de la dynamique de la pauvreté?

Actuellement, on en sait très peu au sujet de la dynamique de la situation socio-économique au Canada. Comme nous l'avons mentionné plus haut, ce secteur bénéficierait de données plus pertinentes qui permettraient la réalisation de projets de recherche prometteurs. Voici un aperçu des connaissances actuelles sur la dynamique de la pauvreté au Canada.

En se basant sur la banque de données administratives longitudinales pour 1992 à 1996, Finnie<sup>46</sup> conclut que la population à faible revenu se divise en deux groupes distincts :

- Les gens pour qui la pauvreté est temporaire — environ 50 % de ceux qui sont considérés comme « pauvres » en tout temps.
- Les gens pour qui la pauvreté est chronique — environ 40 % des sujets ont été pauvres pendant toute la durée de l'étude.

De plus, Finnie constate que les mères qui deviennent monoparentales sont plus susceptibles que tout autre groupe étudié de devenir pauvres. Ainsi, 46,9 % des femmes mariées avec enfants qui se sont séparées pendant la période à l'étude (1992 à 1996) sont devenues pauvres l'année même où elles sont devenues monoparentales. Par ailleurs, les mères monoparentales n'ont que 10 % des chances de sortir de la pauvreté, à moins de se remarier. Ainsi, deux tiers des mères monoparentales qui se sont remariées pendant la période de l'étude sont sorties de la pauvreté. Il n'est donc pas surprenant de constater que les familles monoparentales (mères) sont particulièrement susceptibles de vivre de longs épisodes de pauvreté. À ce titre, seulement 31,1 % des mères monoparentales sont sorties de la pauvreté entre 1992 et 1996, tandis que 36 % sont restées pauvres pendant toute la durée de l'étude.

Au moyen de microdonnées longitudinales provenant de l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu pour 1993 et 1994, Picot, Zyblock et Pyper<sup>47</sup> ont réalisé une étude qui tend à démontrer la persistance de la pauvreté au Canada : seulement 37,5 % des enfants de familles biparentales et 27 % des enfants de familles monoparentales qui étaient pauvres en 1993 sont sortis de la pauvreté avant 1994.

Ces résultats sont conformes à ceux d'études réalisées aux États-Unis<sup>48</sup>. Picot et ses collègues constatent que les changements dans la composition familiale, tels qu'un divorce/une séparation ou un remariage, sont les événements qui ont le plus d'impact sur les probabilités de sortir de la pauvreté ou d'y entrer. Bien que les changements dans la situation d'emploi, par exemple un nouvel emploi ou la perte d'un emploi, n'aient pas d'effets aussi spectaculaires à cet égard, ils demeurent les événements les plus fréquents. Les auteurs concluent que les changements dans la composition familiale et dans la situation d'emploi ont à peu près autant d'importance les uns que les autres pour ce qui est des probabilités qu'un enfant canadien sorte de la pauvreté ou y entre.

### 3. Inégalités en matière de santé : Que savons-nous de l'état de santé des Canadiens?

À l'instar des mesures de la situation socio-économique, les mesures de l'état de santé de la population, y compris la mesure des inégalités de santé, sont nombreuses. Voici quelques exemples d'inégalités de santé parmi les Canadiens, ainsi que des données comparatives sur l'état de santé des Canadiens et celui des habitants d'autres pays riches.

- La déclaration par l'intéressé est généralement considérée comme une excellente mesure de son état de santé. Les microdonnées de l'Enquête nationale sur la santé de la population révèlent que, en 1996-1997, 73 % des Canadiens appartenant au groupe le plus riche considéraient que leur état de santé était excellent, comparativement à 47 % des Canadiens appartenant au groupe le plus pauvre<sup>49</sup>. Toujours selon la même enquête, 29,5 % des mères mariées, comparativement à 21,9 % des mères monoparentales, sont susceptibles de déclarer un état de santé excellent<sup>50</sup>.
- À leur tour, Humphries et van Doorslaer<sup>51</sup> utilisent les microdonnées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, ainsi que l'indice *HUI (Health Utilities Index)* de McMaster pour montrer les liens entre inégalités de santé et revenu. Les inégalités sont légèrement moins importantes lorsqu'on utilise cette mesure (probablement plus « objective ») de l'état de santé<sup>52</sup>, mais elles n'en demeurent pas moins évidentes.
- Comparativement aux non-Autochtones, les Autochtones ont généralement un revenu beaucoup plus faible et sont susceptibles de souffrir au moins deux fois plus souvent de maladies chroniques, telles que l'arthrite/le rhumatisme, le diabète, les problèmes cardiaques, le cancer et l'hypertension artérielle. Ainsi, les hommes autochtones souffrent d'un taux de diabète trois fois plus élevé qu'il ne l'est chez les non-Autochtones, tandis que chez les femmes, ce ratio est de cinq pour un. Les maladies chroniques sont également plus fréquentes dans les régions plus pauvres du pays. Par exemple, selon les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996, 10,1 % des adultes âgés de 15 à 64 ans vivant dans les provinces de l'Atlantique rapportent un diagnostic d'hypertension artérielle, tandis que la moyenne nationale est de 6,8 %. Par ailleurs, 17 % des enfants âgés de 0 à 13 ans qui vivent dans cette région souffrent d'asthme, comparativement à 12,7 % pour l'ensemble des enfants canadiens<sup>53</sup>.
- L'incapacité ou la réduction de la capacité est beaucoup plus fréquente dans la tranche de 30 % des individus touchant les revenus les plus faibles (32 % pour les hommes; 28 % pour les femmes), comparativement à ceux qui touchent les revenus les plus élevés (12 % pour les hommes; 16 % pour les femmes). Mais, dans ce cas, il est difficile de distinguer la cause et l'effet. Autrement dit, le fait de toucher un faible revenu peut diminuer les activités, mais il est tout aussi probable que l'incapacité, en réduisant les chances d'effectuer un travail rémunéré, soit à l'origine du faible revenu.

- La mortalité infantile est généralement considérée comme un indicateur crucial de la santé de la population. En 1996, le taux de mortalité infantile pour l'ensemble du Canada est passé sous la barre des 6 décès pour 1 000 naissances (alors qu'il était de 27,3 en 1960)<sup>54</sup>. Cependant, les taux de mortalité infantile sont plus faibles que la moyenne dans les quartiers où les revenus sont plus élevés que la moyenne (4,5 décès pour 1 000 naissances en 1991) et plus élevés que la moyenne dans les quartiers à faible revenu (7,5 décès pour 1 000 naissances)<sup>55</sup>. De plus, les taux de mortalité infantile des populations autochtones sont deux fois plus élevés qu'ils ne le sont dans les populations non autochtones (p. ex. 12 décès pour 1 000 naissances en 1994).
- Les pays où le niveau de pauvreté et (ou) d'inégalité socio-économique est moindre affichent de meilleurs résultats de santé, tels qu'en témoignent les différents indicateurs de santé. Par exemple, de nombreux indicateurs de santé infantile sont meilleurs en Norvège qu'au Canada.
  - Les taux de pauvreté infantile en Norvège sont beaucoup moins élevés qu'au Canada, et il existe un moins grand écart entre enfants riches et enfants pauvres.
  - Les taux de mortalité infantile sont inférieurs (5,1 décès pour 1 000 naissances en Norvège en 1994, comparativement à 6,8 au Canada).
  - Le pourcentage de bébés ayant un poids insuffisant à la naissance est inférieur (4,6 % en Norvège, comparativement à 5,4 % au Canada en 1990); l'incidence de l'asthme parmi les enfants âgés de 0 à 13 ans est plus faible (8,2 % en Norvège, comparativement à 13,3 % au Canada).
  - Un moins grand nombre d'enfants âgés de 0 à 13 ans souffrent d'accidents ou de blessures nécessitant des soins médicaux (7,9% en Norvège, comparativement à 10,1 % au Canada en 1994)<sup>56</sup>.
- Enfin, les études tendent à démontrer que, par rapport à d'autres pays riches, tels que la Suède, le Canada affiche non seulement un plus haut niveau *d'inégalité de revenu*, mais aussi un plus haut niveau *d'inégalité de l'état de santé tel que déclaré par les intéressés* (il est à noter que le niveau d'inégalité de l'état de santé est supérieur aux États-Unis<sup>57</sup>). Humphries et van Doorslaer soutiennent que, en réalité, compte tenu du niveau d'inégalité des revenus au Canada, il est probable qu'il y ait *plus* d'inégalités de santé<sup>58</sup>.

Les exemples présentés ci-dessus montrent clairement qu'il existe des inégalités de santé chez les Canadiens. De plus, la structure de ces inégalités semble être en corrélation avec certaines structures d'inégalité socio-économique relevées dans la section 2. Autrement dit, les groupes qui connaissent généralement de hauts niveaux de pauvreté ou touchent de faibles revenus sont ceux qui ont les moins bons états de santé. Cependant, jusqu'à maintenant, les données ne sont que descriptives. Aucun lien de *causalité* n'a pu être démontré.

## 4. La pauvreté cause-t-elle une mauvaise santé? Que savons-nous des liens de causalité entre la pauvreté et la santé?

### Résultats de la recherche sur la santé

Grâce à la gamme de mesures utilisées, La recherche visant les individus a révélé l'existence d'une solide relation entre le revenu de l'adulte et son état de santé. Sans égard à la manière avec laquelle les mesures de l'état de santé et du statut socio-économique sont combinées, il est peu douteux que la pauvreté mène à un mauvais état de santé. Dans une analyse bibliographique publiée récemment, Benzeval et Judge présentent les résultats de 16 études basées sur huit ensembles de données provenant de quatre pays, dans lesquelles on a utilisé de nombreuses mesures de l'état de santé — déclarations subjectives par les intéressés, taux de mortalité, stabilité émotionnelle, maladies chroniques, taux de satisfaction générale de vie, fonctions physiques — et de nombreuses mesures de la situation socio-économique — revenu courant, récent changement dans le revenu, indicateurs de pauvreté, bénéfices d'exploitation, revenu moyen sur plusieurs périodes, position relative dans courbe de la répartition des revenus, nombre d'épisodes de pauvreté. Les auteurs concluent que, « dans toutes les études qui comprennent des mesures du revenu, celui-ci est relié de façon significative à l'état de santé<sup>59</sup> ».

Mullahy et ses collègues en arrivent à une conclusion semblable : « Un grand nombre d'analyses et d'études empiriques utilisant diverses mesures du revenu et de la santé et portant sur divers échantillons démontrent, à différents points dans le temps, un lien très étroit entre le revenu et la morbidité et la mortalité<sup>60</sup> ».

La recherche sur la pauvreté et la santé se heurte à un important problème : un mauvais état de santé peut limiter la capacité de travail rémunéré d'un individu, avec pour résultat la diminution de son revenu et ce, même s'il a des antécédents de richesse. Dans ce cas, les chercheurs parlent de *causalité inverse*, de *santé sélective* ou d'*endogénéité*. L'essence même de ce problème est que si nous savons qu'un mauvais état de santé est souvent accompagné d'un faible revenu, nous ne pouvons distinguer «la cause de l'effet». Or, toutes les études passées en revue par Benzeval et Judge étaient longitudinales (elles suivaient les individus sur une période de temps plutôt que de simplement observer les relations à un seul point dans le temps), et la plupart tentaient de neutraliser la possibilité que la maladie soit à l'origine du faible revenu plutôt que l'inverse<sup>61</sup>. Elles sont toutes arrivées à la conclusion que le risque de *causalité inverse* n'est pas important, car dans la plupart des cas, c'est la pauvreté qui *agit* sur la santé.



Voici d'autres conclusions importantes tirées de ces études :

- La relation entre la santé et le revenu individuels n'est pas linéaire (le mauvais état de santé des personnes à faible revenu est plus important que le bon état de santé des personnes à revenu élevé, bien que ces dernières jouissent *effectivement* d'une meilleure santé).
- Les mesures à plus long terme du revenu moyen permettent d'effectuer des associations plus importantes avec l'état de santé que les mesures du revenu courant, qui peuvent grandement varier.
- Les problèmes de santé causés par la pauvreté de longue durée sont plus importants que les problèmes causés par des épisodes de pauvreté occasionnels.
- Bien que le niveau de revenu et le changement de niveau de revenu soient d'importants indices de l'état de santé, le premier l'est davantage.
- Les brusques « revers de fortune » sont plus importants pour la santé que les « réussites » soudaines.

## Résultats de la recherche sur les enfants

De nombreuses études réalisées au Canada suggèrent également l'existence d'un lien important entre le revenu et l'état de santé des enfants<sup>62</sup>. Ainsi, en examinant des ensembles de données provenant du Canada et des États-Unis, et en utilisant une vaste gamme de mesures et de résultats de pauvreté, Curtis et Phipps constatent l'existence d'une importante association négative entre pauvreté et état de santé des enfants dans 69 régressions sur 80. Pour sa part, Ross remarque que pour 31 indicateurs utilisés dans l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et l'Enquête nationale sur la santé de la population, les résultats de santé des enfants empirent à mesure que le revenu familial diminue<sup>63</sup>.

Cependant, les résultats quantitativement faibles ou statistiquement peu significatifs de certaines études canadiennes publiées récemment ont remis en question l'importance de la relation entre pauvreté et santé chez les enfants (mais non chez les adultes)<sup>64</sup>. Ainsi, en examinant des données américaines, Blau conclut que le revenu n'a que peu d'effet sur la santé. En réalité, soutient-il, l'importance du revenu est tellement faible pour la santé, que les transferts aux familles défavorisées sont susceptibles de n'avoir que peu d'impact sur le développement de l'enfant. « Les politiques de revenu familial, précise-t-il, auront peu d'effet sur le développement de l'enfant à moins qu'elles n'améliorent le revenu de façon notable et permanente<sup>65</sup>. » Selon Korenman et ses collègues<sup>66</sup>, l'amélioration du revenu, dans le cas d'une situation de pauvreté à long terme, produit des effets « modérés à importants » sur le développement cognitif de l'enfant. Mayer, pour sa part, examine les ouvrages existants, a recours à différentes méthodologies et utilise des données américaines pour en arriver à la conclusion que, toute chose étant égale par ailleurs, l'effet de l'augmentation du revenu familial sur l'état de santé des enfants « n'est jamais aussi important que les politiciens libéraux se plaisent à l'imaginer, mais plus important que

l'absence d'effets à laquelle prétendent les conservateurs<sup>67</sup> ». Bien que l'effet sur un seul résultat de santé puisse paraître faible, poursuit la chercheuse, il n'en demeure pas moins que, dans une certaine mesure, la plupart des résultats de santé semblent influencés par le revenu; l'augmentation du revenu peut donc avoir un impact *cumulatif* substantiel<sup>68</sup>. Le cumul des effets paraît agir de façon durable et considérable sur les différentes dimensions du bien-être de l'enfant (p. ex. par un effet de « boule de neige » sur toute la durée de la vie).

Les faits saillants suivants résument les résultats de la recherche sur les liens de causalité entre l'état de santé des enfants et les conditions socio-économiques de la famille :

- Il est entendu que les résultats chez les enfants issus de familles avec des conditions socio-économiques inférieures sont plus piètres. Toutefois, on est quelque peu en désaccord sur l'ampleur des associations entre la santé et la pauvreté chez les enfants. Les conclusions sur l'ampleur seront particulièrement sensibles aux choix des mesures (par exemple, quelle est la mesure/aspect étudiée dans l'état de santé, quelle est la mesure choisie pour étudier les conditions socio-économiques?).
- Tout comme les adultes, on est d'accord qu'il existe de plus grandes associations entre les mesures à plus long terme des conditions socio-économiques de la famille et le bien-être actuel des enfants<sup>69</sup>.
- Le *facteur temps* des épisodes des conditions socio-économiques à bas niveau compte, car les événements au cours des premières années d'un enfant sont critiques<sup>70</sup>.
- Les conditions socio-économiques toucheront les enfants d'une manière non linéaire (c'est-à-dire qu'elles sont particulièrement importantes pour les enfants issus de familles à faible revenu)<sup>71</sup>.
- Bien que le *niveau* du revenu soit le plus important, les « états de choc » ne sont pas à laisser de côté. Les impacts des « chocs négatifs » sont plus prononcés que ceux d'un « choc » positif<sup>72</sup>.
- Il est essentiel de prendre en considération le temps de la famille, son avoir ainsi que son revenu pour comprendre les liens entre les conditions socio-économiques et la santé<sup>73</sup>.
- Les variables médiatrices telles que le style parental, la bonne relation et les bonnes écoles peuvent aider à atténuer les conséquences des points de départ vulnérables et les états de choc négatifs<sup>74</sup>.

Dans les études portant autant sur les enfants que sur les adultes, il faut tenir compte de nombreuses difficultés techniques non encore résolues qui touchent l'évaluation de la relation entre situation socio-économique et santé. Par exemple :

- Les mesures du revenu et (ou) de la pauvreté peuvent être erronées, ce qui tend à biaiser les coefficients de pauvreté et (ou) de revenu estimés, en les ramenant à zéro<sup>75</sup>.
- Comme nous l'avons mentionné plus haut, il peut y avoir des problèmes de *causalité inverse* (p. ex. une mère monoparentale dont l'enfant est gravement malade peut avoir de la difficulté à travailler à plein temps).
- Le revenu et (ou) la pauvreté peuvent être en étroite corrélation avec d'autres variables socio-économiques contenues habituellement dans les modèles de régression<sup>76</sup> des facteurs déterminants du bien-être des enfants, produisant ainsi des résultats peu significatifs (p. ex. le faible revenu et la monoparentalité sont très fortement corrélés).
- Des caractéristiques latentes des parents/de la famille peuvent être associées avec de meilleurs résultats de santé pour les enfants et une situation socio-économique plus favorable (p. ex. des caractéristiques génétiques telles que l'énergie ou l'intelligence)<sup>77</sup>. Ce phénomène est désigné par « hétérogénéité latente ».

L'amélioration des questions sur le revenu dans les enquêtes sur la santé et l'utilisation de plus longs échantillons permanents longitudinaux permettront de résoudre en partie les problèmes de mesure et de causalité. Autrement dit, le prolongement de quelques années de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants pourrait aider les chercheurs à déterminer si l'apparition des problèmes de santé chez l'enfant précède ou suit la réduction du revenu. Ayant réalisé des études sur l'hétérogénéité latente au moyen de données américaines, Mayer, ainsi que Duncan et ses collègues constatent l'existence d'associations statistiquement significatives, mais quantitativement faibles<sup>78</sup>.

## 5. Théories sur les raisons de l'importance de l'inégalité socio-économique pour la santé de la population

Les différentes perspectives voulant qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé de la population se résument comme suit<sup>79</sup> :

- L'hypothèse du *revenu absolu* suggère que l'état de santé s'améliore à mesure que le *niveau* de revenu personnel augmente, mais selon un taux décroissant<sup>80</sup>. Par conséquent, si une partie du revenu des riches, dont la santé n'est pas vraiment touchée, est redistribuée parmi les pauvres, dont la santé est davantage influencée par le revenu, l'état de santé moyen de la population s'améliorera. Toute chose étant égale par ailleurs, y compris le revenu moyen, les pays (ou les autres groupes) dont la distribution des revenus est plus égalitaire bénéficieront également d'un meilleur état de santé collective moyen<sup>81</sup>.
- L'hypothèse de la *pauvreté absolue*, qui peut être considérée comme une version extrême de l'hypothèse du *revenu absolu*, suggère que la santé est affectée par des niveaux de vie très faibles, mais qu'en deçà d'un certain *seuil de la pauvreté*, l'augmentation du revenu n'a aucune importance particulière pour la santé. Selon cette hypothèse, les individus à très faible revenu vivent dans des conditions qui peuvent nuire à leur santé, soit par exemple : une mauvaise alimentation, un accès plus limité aux soins de santé, une piètre qualité environnementale, le tabagisme, la sédentarité et le stress dû au fait de vivre selon un très faible revenu.

Une gamme d'études relativement récentes examinent les liens potentiels entre la santé de la population et les *inégalités* socio-économiques. Différents auteurs expliquent ce phénomène de différentes façons :

- Selon l'hypothèse de la *position relative* (ou *psychosociale*), que l'on associe aux travaux innovateurs de Wilkinson<sup>82</sup>, c'est la position d'un individu à l'intérieur d'une hiérarchie sociale, indépendamment de son niveau de vie, qui permet de comprendre le lien entre inégalité socio-économique et santé. Wilkinson et ses collègues soutiennent que le stress constant associé au fait de se situer au « dernier échelon de la société » (et non seulement d'être au bas de l'échelle) provoque des processus biologiques qui nuisent à la santé<sup>83</sup>. Ils soulignent également que l'inégalité du revenu constitue un frein à la création de la *cohésion sociale* : les individus ont beaucoup de difficulté à s'identifier à un groupe pertinent pour eux.

- L'hypothèse *néo-matérialiste*<sup>84</sup> soutient qu'au même titre que les inégalités de l'infrastructure sociale (soins de santé, systèmes de transport, de formation, de logement, de loisirs), les inégalités de revenu sont produites par les processus économique, politique, culturel et historique sous-jacents d'une société donnée. Dans cette optique, les inégalités de santé sont attribuables aux inégalités des différentes manifestations de l'environnement matériel (décrit ci-dessus). Lynch et ses collègues utilisent la métaphore du long voyage en avion pour expliquer les différentes interprétations respectivement proposées par l'approche *psychosociale* et l'approche *néo-matérialiste*<sup>85</sup>. Les passagers voyageant en première classe sont mieux traités : ils ont plus d'espace et mangent mieux. Les passagers voyageant en classe économique souffrent de crampes et parfois ne se voient offrir *aucune* nourriture! Après plusieurs heures de vol, les passagers de la classe économique ressentiront les effets de leurs conditions et traitement, ce qui diminuera leur bien-être et s'ajoutera aux émotions négatives qui découlent de la conscience d'avoir été moins bien traités.
- Selon certains auteurs<sup>86</sup>, le lien apparent entre santé de la population et inégalité des revenus n'est qu'un *artefact statistique* issu de la perspective du *revenu absolu* (voir plus haut). Cependant, Wolfson et ses collègues sont assez convaincants lorsqu'ils montrent que ce n'est peut-être par le « fin mot de l'histoire »<sup>87</sup>.

## 6. Que savons-nous des liens entre situation socio-économique et santé de la population?

Récemment, les études effectuées selon une approche macro ont surtout porté sur la compréhension des liens potentiels entre inégalité socio-économique et santé de la population. Or, on reproche à ces études d'utiliser des mesures d'inégalité des revenus qui sont souvent inadéquates :

- La qualité des estimations des revenus est parfois douteuse, particulièrement lorsqu'il s'agit d'effectuer des comparaisons à l'échelle internationale<sup>88</sup>.
- Le revenu disponible équivalent mesure rarement la situation socio-économique<sup>89</sup>. Comme nous l'avons déjà noté plus haut, bien qu'il s'agisse de la meilleure mesure possible actuellement, elle est loin d'être idéale pour évaluer la situation socio-économique. De plus, il semble n'y avoir aucune étude qui tienne compte du temps consacré au travail rémunéré, bien que ce temps varie d'un pays à l'autre<sup>90</sup>. De plus, aucune étude ne semble comprendre les mesures du patrimoine.
- Les indices d'inégalité utilisés ne sont généralement pas « à la fine pointe ». Cela peut influencer les résultats puisque le choix d'un indice d'inégalité donne parfois différents classements de l'inégalité relative (entre pays). À tout le moins, l'inégalité évaluée dépend de la technique d'estimation choisie car celle-ci influence les estimations de régression<sup>91</sup>.

L'étude de la relation entre inégalité et santé se complique du fait que, dans certains pays, les responsables de l'élaboration des politiques peuvent *réagir* aux inégalités/problèmes de santé perçus en ayant recours à des interventions (mise en œuvre de programmes d'alimentation pour les femmes enceintes, par exemple) qui contribueront à améliorer la santé de la population<sup>92</sup>. Les travaux de Wolfson et ses collègues<sup>93</sup> tendent à confirmer cet état de fait. Les chercheurs ont en effet constaté une association négative évidente entre inégalité des revenus et santé aux États-Unis, mais non au Canada. Utilisant la grille néo-matérialiste pour interpréter ces résultats, ils suggèrent qu'au Canada la réaction politique face à l'inégalité — en termes d'éducation, de transport, de soins de santé, de logement — peut avoir servi à *occulter* la relation entre inégalité et santé, tandis qu'aux États-Unis, la réaction politique — ou plutôt son absence — a servi à *exagérer* cette relation.

Quel est l'état de la recherche dans ce domaine? Malgré un débat plutôt passionné, les chercheurs ont tendance à s'entendre sur le fait que les résultats ne sont guère fiables. Ainsi, au terme d'une importante enquête sur la question, Deaton conclut « qu'il n'y a pas de lien direct entre inégalité des revenus et mauvaise santé<sup>94</sup> ». Dans leur importante analyse bibliographique, Mullahy, Robert et Wolfe en arrivent à une conclusion semblable : « Bien qu'on ait réussi à démontrer l'existence d'une relation forte et relativement constante entre santé et revenu individuels, il en va autrement de la relation entre santé et inégalité des revenus (telle que mesurée par différents indicateurs) — dans ce cas, les résultats sont peu solides et controversés<sup>95</sup> ».

## 7. Orientations de la recherche : De quel type de recherche avons-nous besoin?

À la lumière du précédent survol, nous constatons que la compréhension de la relation entre situation socio-économique et santé souffre de certaines lacunes :

- Il faut à tout prix améliorer la qualité des mesures du revenu dans les ensembles de données des enquêtes sur la santé. La qualité des résultats et la crédibilité des évaluations *quantitatives* s'en trouveront améliorées. Par exemple, si l'on réduisait le niveau de pauvreté de 10 % au Canada, de quel pourcentage le taux de mortalité infantile serait-il réduit? Plus particulièrement, il faut que l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête nationale longitudinale sur les enfants comportent des mesures continues du revenu individuel et familial, avant et après impôt. Il serait également utile de savoir quelle part du revenu provient de sources autres que le marché du travail et les transferts gouvernementaux.
- Il semble que l'on ait peu cherché à savoir à quel point le choix des mesures de la pauvreté influence les conclusions sur la relation entre pauvreté et santé. Il est difficile de comparer les études qui utilisent différents ensembles de données, différentes variables de contrôle, différentes méthodologies d'évaluation et différentes mesures et conceptions de la pauvreté.
- Il y a sans doute lieu d'examiner les conséquences de différentes conceptions de la pauvreté, y compris les conceptions plus globales comme *l'exclusion sociale*<sup>96</sup>.
- Les études sur la santé des enfants suggèrent que le fait de savoir *quel parent touche le revenu* peut permettre de prévoir la façon dont il sera utilisé<sup>97</sup>. Le fait d'ignorer la contribution de la mère au revenu familial peut expliquer en partie pourquoi les résultats de santé des enfants semblent moins étroitement liés au revenu familial que les résultats de santé des adultes. Il se peut également que les parents sacrifient certaines dépenses personnelles au profit de leurs enfants (p. ex. ils se passeront de cours de conditionnement physique pour payer des leçons de natation à leur enfant). Il semble important d'approfondir cet aspect, ce qui serait possible si l'on disposait de meilleurs ensembles de données sur le revenu.
- Nous ne devons pas nous contenter de mesurer le revenu annuel; nous devons en savoir davantage sur d'autres aspects de la situation socio-économique, tels que le patrimoine familial et le temps du ménage consacré au travail. Malgré le fait qu'un nombre de plus en plus grand de femmes soient entrées sur le marché du travail, le revenu réel moyen du ménage est resté relativement le même. C'est dire que la dimension « gratuite » de la situation socio-économique peut comporter de très importantes différences basées sur le sexe.

- Il faut analyser en profondeur les nouveaux ensembles de données longitudinales canadiens (p. ex. l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants). Ils permettront aux chercheurs de résoudre les problèmes techniques et de mieux comprendre la dynamique de la relation santé/revenu (en répondant notamment à des questions sur les dommages de la pauvreté à long terme; sur l'importance des brusques « revers de fortune » et leur importance selon la répartition des revenus; et sur la sécurité économique).
- La plus grande partie des études auxquelles nous avons fait référence dans ce rapport ont été effectuées aux États-Unis et doivent être reprises au Canada. Compte tenu des importantes différences qui existent entre les deux pays au niveau de l'infrastructure sociale et du système de santé, il n'y a pas lieu de prétendre que les résultats de ces études seraient les mêmes<sup>98</sup>. De plus, l'important volume des fichiers de données longitudinales canadiens est un avantage qui peut certainement être profitable.
- Il pourrait être très utile de procéder à d'autres comparaisons entre pays, notamment pour comprendre la façon dont les structures sociales et économiques (le marché du travail, le système de soins de santé, le système d'éducation, par exemple) peuvent aider à atténuer ou à exagérer les conséquences de l'inégalité des revenus. Pour Curtis et Phipps, « le fait que la courbe des revenus soit plus abrupte pour les mères canadiennes que pour les mères norvégiennes<sup>99</sup> » peut très bien s'expliquer par les différences entre les institutions sociales des deux pays. Jusqu'à maintenant, relativement peu d'études indiquent si les conséquences d'une situation socio-économique défavorable pour la santé sont les mêmes au Canada que dans d'autres pays. Il semble qu'il vaille la peine de poursuivre les études comparatives à l'échelle internationale, à condition de s'assurer de la comparabilité des méthodes et des ensembles de données.
- Enfin, bien que la relation entre faible revenu et problèmes de santé soit évidente, il faut des données supplémentaires sur les mécanismes qui permettent la création de tels liens. Il serait très pertinent d'entreprendre des études qui nous aideraient à comprendre *comment* la pauvreté en arrive à causer des problèmes de santé.



## Conclusion

On ne s'étonnera certainement pas de constater qu'une panoplie d'études utilisant différentes mesures de l'état de santé et de l'inégalité des revenus, pour différents pays ou régions, et à différentes époques, n'en arrivent pas toujours aux mêmes conclusions, particulièrement en raison des problèmes de mesures considérables rencontrés dans une telle recherche. Une question-clé s'impose alors, « Ensuite? »

Mullahy et coauteurs estiment qu'il se peut que l'enthousiasme autour du lien entre l'inégalité et la santé ait dévié l'étude de ce qu'ils considèrent comme étant les liens les plus importants entre le revenu et la santé au niveau individuel. Ils vont jusqu'à promouvoir l'idée de revenir vers les études au niveau individuel (micro). Ce raisonnement semble solide, particulièrement pour les chercheurs canadiens en ce moment. Une recherche importante peut être faite au niveau individuel au moyen de l'Enquête nationale sur la santé de la population et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, particulièrement si des améliorations sont apportées dans l'information socio-économique réunie dans ces enquêtes. Nous savons maintenant que la pauvreté influe sur la santé. De meilleures données et techniques d'estimation nous permettront d'être plus à l'aise du moment que nous connaissons l'ampleur des effets. De plus longs panels nous permettront également d'apprendre plus sur les processus dynamiques qui marquent la relation entre la pauvreté et la santé. Enfin, il sera possible d'apprendre plus sur les facteurs qui modifient le lien entre la pauvreté et la santé.

Bien que Mullahy et collègues appellent à un retour vers/continuité de l'étude de la pauvreté et la santé au niveau individuel, ils ne suggèrent pas pour autant l'abandon des études au niveau de la population (macro) qui mettent l'accent sur le lien entre l'inégalité au niveau de la population et la santé de la population. Au lieu de cela, ils suggèrent de mieux comprendre les méthodes à l'origine de la structure d'inégalité observée, non seulement dans le revenu mais aussi dans l'infrastructure sociale. Exemple, pourquoi le marché du travail produit plus d'inégalités dans un lieu plutôt qu'un autre? Pourquoi certains pays sont plus enclins que d'autres à répartir le revenu pour réduire le niveau de pauvreté et restreindre l'inégalité? Certains pays ont créé d'excellents programmes publics de soins de santé, de scolarité, de soins aux enfants et de loisirs, tandis que dans d'autres, l'élite de la société est plus susceptible d'acheter des services parallèles de meilleure qualité? De quelle manière les institutions sociales interagissent avec les institutions commerciales pour produire des résultats de santé pour la population?

La recherche qui prévoit répondre à ces questions produira des résultats qui nous aideront grandement à comprendre comment la politique peut contribuer à diminuer le niveau de pauvreté, en même temps que les conséquences négatives de la pauvreté pour la santé.



## Notes en fin d'ouvrage

- <sup>1</sup> Les mots « ménages » et « famille » ci-employés sont utilisés de façon interchangeable.
- <sup>2</sup> Voici les échelles d'équivalence les plus courantes : 1) Échelle LIS (Luxembourg Income Study) = racine carrée de la taille familiale; 2) Échelle « MFR » (mesure de faible revenu) selon laquelle le premier adulte = 1,0, chaque adulte supplémentaire, 0,4 de plus, et chaque enfant, 0,3 de plus (sauf pour le premier enfant d'une famille monoparentale qui ajoute 0,4 à l'échelle); 3) Échelle OCDE selon laquelle le premier adulte = 1,0, chaque adulte supplémentaire, 0,7 de plus et chaque enfant supplémentaire, 0,5 de plus.
- <sup>3</sup> Voir Jenkins, Stephen. « Poverty Measurement and the Within-household Distribution: Agenda for Action. » *Journal of Social Policy*, 1991, 20, p. 457-483, ou Phipps, Shelley et Peter Burton, « Sharing Within Families: Implications for the Measurement of Poverty among Individuals in Canada. » *The Canadian Journal of Economics*, 1995, vol. 28, n° 1, p. 177-204.
- <sup>4</sup> Comparativement, l'Enquête sur les finances des consommateurs comporte une série de questions détaillées sur les divers éléments du revenu. Cette enquête, réalisée en période de déclaration de revenu, comporte un questionnaire transmis par la poste, suivi d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur pour 87 % de l'échantillon. Tous les membres de la famille de 15 ans et plus sont invités à y participer.
- <sup>5</sup> Les données sur le revenu disponible dans l'Enquête nationale sur la santé de la population suscitent des critiques semblables.
- <sup>6</sup> Voir Curtis, Lori et Shelley Phipps. « Economic status and child well-being in Canada and the United States: A Sensitivity Analysis. », 2000. Document présenté au cours des réunions de 2000 du *Canadian International Labour Network*, Burlington, Ontario, septembre 2000, et qui a aussi soulevé le problème concernant les questions sur le revenu, qui sont restées sans réponse dans plusieurs enquêtes (p. ex. 23,1 % des observations dans l'ELNEJ de 1994). Le revenu est automatiquement attribué lorsqu'il n'en existe pas un, quoique ce n'est pas toujours le cas. De même, on peut soulever les questions concernant le processus d'attribution (les revenus attribués sont plus faibles qu'élevés, situation qui peut causer des problèmes dans la recherche visant les liens entre la pauvreté et la santé).
- <sup>7</sup> Voir, par exemple, Jenkins, Stephen. « The Measurement of Income Inequality » dans *Economic Inequality and Poverty: International Perspectives*, New York, M.E. Sharpe, Inc., Lars Osberg (éditeur), 1991, p. 3-38.
- <sup>8</sup> ATKINSON, Anthony. « On the Measurement of Inequality », *Journal of Economic Theory*, 1970, 2, p. 244-263.
- <sup>9</sup> Le coefficient de Gini est une mesure statistique du degré d'inégalité dans la distribution des revenus dans une société donnée. Il est dérivé de la courbe de Lorentz qui trace la manière avec laquelle le revenu total est partagé entre le revenu le plus faible au plus élevé d'une société donnée. Une note de 60 désigne une parfaite égalité, tandis que 1 désigne une parfaite inégalité. Ainsi, plus le coefficient de Gini est élevé, plus grande est l'inégalité.
- <sup>10</sup> Voir Jenkins. « Measurement of Income Inequality », 1991, pour plus de détails. Une variété d'indices de l'inégalité est également abordée. Ils sont considérés comme étant plus des recherches en théorie. Toutefois, du point de vue mathématique, ils sont plus compliqués, ce qui explique peut-être leur utilisation moins fréquente dans les travaux concrets.

- <sup>11</sup> Il existe plusieurs excellents ouvrages portant sur la concentration géographique de l'inégalité. Faute d'espace, nous ne pouvons en discuter dans le cadre de ce document.
- <sup>12</sup> HAGENAARS, Aldi et Klaas De Vos. « The Definition and Measurement of Poverty », *Journal of Human Resources*, 1988, vol. 23, n° 2, p. 212.
- <sup>13</sup> Mentionné dans Sen, Amartya. « Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation », Oxford, Clarendon Press, 1981, p. 11.
- <sup>14</sup> RUGGLES, Patricia. « Drawing the Line: Alternative Poverty Measures and Their Implications for Public Policy », Washington, The Urban Institute Press, 1990, p. 33-38.
- <sup>15</sup> SMITH, Adam. « The Wealth of Nations », Markham, Ontario, Penguin Books, 1982, p. 400.
- <sup>16</sup> Voir Osberg, Lars. « Poverty in Canada and the United States: Measurement, Trends, and Implications », *Canadian Journal of Economics*, 2000, discours présidentiel, vol. 33, n° 4, p. 847-877.
- <sup>17</sup> Voir par exemple, Van Praag, B. M. S., A. J. M. Hagenaars, et J. van Weeren. « Poverty in Europe », *The Review of Income and Wealth*, 1982, vol. 28, p. 345-359. Ou Hagenaars, A. J. M. « The Perception of Poverty », Amsterdam, North-Holland Press, 1986.
- <sup>18</sup> RUGGLES. « Drawing the Line », 1990, p. 21.
- <sup>19</sup> POULIN, Susan. « Application des méthodes analytiques aux données sur la satisfaction à l'égard du revenu au Canada », Statistique Canada, Division de l'analyse des enquêtes des ménages et du travail, rapport n° 8 à l'intention des employés, 1988.
- <sup>20</sup> Par exemple, Atkinson, Anthony. « Poverty in Europe », Oxford, The University Press, 1998. Osberg, Lars. « Poverty in Canada and the United States », 2000. Smeeding, Timothy et Dennis Sullivan. « Generations and the distribution of economic well-being: a cross-national view », *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 1998, ou la plupart des documents de travail de la Luxembourg Income Study : <http://lissy.ceps.lu/wpapers.htm>. Ou Sen, Amartya. « Poor, Relatively Speaking », *Oxford Economic Papers*, 1983, vol. 35, p. 153-170.
- <sup>21</sup> Par exemple, Osberg, Lars. « Poverty in Canada and the United States », 2000. Myles, John et Garnett Picot. « Poverty Indices and Policy Analysis », *The Review of Income and Wealth*, 2000, vol. 46, n° 2, p. 161-180.
- <sup>22</sup> Lorsque nous envisageons la dynamique de la situation socioéconomique, les mesures sont beaucoup plus compliquées (p. ex. les seuils de pauvreté absolue ont besoin d'être rajustés pour refléter les changements de prix; les seuils de pauvreté relative peuvent changer en fonction des changements dans la répartition des revenus). Il y a une augmentation considérable des problèmes potentiels reliés aux données (p. ex. il y a un risque de déperdition non aléatoire : les ménages les plus pauvres sont plus susceptibles de se retirer de l'enquête).
- <sup>23</sup> Voir Bradbury, Bruce, Stephen Jenkins et John Micklewright. « The Dynamics of Child Poverty: Conceptual and Measurement Issues », chapitre 2 de « Falling In, Climbing Out: The Dynamics of Child Poverty in Industrialised Countries », Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pour d'excellentes discussions.
- <sup>24</sup> Duncan. « The implications of changing family composition for the dynamic analysis of family economic well-being », dans Atkinson, A. B. et F. A. Cowell (éditeurs). « Panel Data on Incomes », deuxième document occasionnel, ICERD, Londres, London School of Economics, 1983, a remarqué qu'à la treizième année de la *Panel Study of Income Dynamics* (PSID), seulement 12 % des familles de l'échantillon original étaient restées les mêmes (cité dans Bradbury, Jenkins et Micklewright. « The Dynamics of Child Poverty », 1999.
- <sup>25</sup> Les revenus réels sont comparables sur une période de temps donnée dans la mesure où l'on ne tient pas compte de l'inflation.

- <sup>26</sup> OSBERG, Lars. « Labour Supply and Inequality Trends in the USA and Elsewhere », 2001, <http://is.dal.ca/~osberg/home.html>.
- <sup>27</sup> STATISTIQUE CANADA et Division des statistiques sociales, du logement et des familles. « Femmes au Canada 2000 : rapport statistique fondé sur le sexe », 2000, catalogue n° 89-503-XPE.
- <sup>28</sup> OSBERG, Lars. « Labour Supply and Inequality Trends », 2001.
- <sup>29</sup> STATISTIQUE CANADA. « Femmes au Canada 2000 », 2000, p. 112.
- <sup>30</sup> L'année 1997 est la dernière à laquelle les données de l'EFC sont disponibles, voir Phipps, Shelley et Lynn Lethbridge. « Fitting Kids In: Children and Inequality in Canada », 2001, document préparé pour être présenté à la *Equality, Security and Cohesion Conference*, Vancouver, Colombie-Britannique.
- <sup>31</sup> FRENETTE, Marc, David Green et Garnett Picot. « Overview of Trends in Canadian Income Inequality », 2001, présentation à la conférence *Equality, Security and Cohesion Conference*, Vancouver, novembre 2001. La hausse dans le revenu est constatée grâce à l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu et aux données des dossiers d'impôt concernant le fichier sur la famille T1. Cette hausse n'est pas évidente au moyen du Survey of Consumer Finance (de 1993 à 1997, date de fin du SCF).
- <sup>32</sup> PICOT, Garnett et Andrew Heisz. « Le marché du travail canadien des années 1990 », 2000, Statistique Canada, Direction des études analytiques, document de recherche n° 148.
- <sup>33</sup> Phipps et Lethbridge. « Fitting Kids In », 2001.
- <sup>34</sup> PHIPPS, Shelley. « The Innis Lecture: Economics and the well-being of Canadian children », *The Canadian Journal of Economics*, 1999, vol. 32, n° 5, p. 1135-1163.
- <sup>35</sup> Voir, par exemple, Myles et Picot, « Poverty Indices and Policy Analysis », 2000. Picot, G., J. Myles et W. Pyper. « Markets, Families and Social Transfers: Trends in Low-Income among the Young and Old 1973-1995 », 1998. Dans Miles Corak (éditeur). « Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada », Ottawa, Statistique Canada, catalogue n° 89-553-XPB. Phipps. « The Innis Lecture », 1999.
- <sup>36</sup> ROSS, David, Katherine Scott et Peter Smith. « Données de base sur la pauvreté au Canada, 2000 », Ottawa, Conseil canadien de développement social, 2000.
- <sup>37</sup> Ross, Scott et Smith, « Canadian Fact Book on Poverty », 2000, p. 76.
- <sup>38</sup> Id., *Ibid.*, p. 77.
- <sup>39</sup> Id., *Ibid.*, p. 75.
- <sup>40</sup> Id., *Ibid.*, p. 51.
- <sup>41</sup> Voir Phipps. « The Innis Lecture », 1999, qui donne des estimations au moyen des données de la *Luxembourg Income Study*, ainsi qu'une mesure de l'intensité de la pauvreté.
- <sup>42</sup> À noter qu'une concentration sur l'incidence seulement sous-estime quelque peu les réalisations canadiennes en matière de réduction de la pauvreté, car ces programmes aident d'ordinaire à atténuer la pauvreté, quoiqu'ils tirent rarement les enfants de la pauvreté. Voir Myles et Picot. « Poverty Indices and Policy Analysis », 2000.
- <sup>43</sup> Voir Curtis, Lori et Shelley Phipps. « Social Transfers and the Health Status of Mothers in Norway and Canada », 2001, ébauche.
- <sup>44</sup> Id., *Ibid.*

- <sup>45</sup> STATISTIQUE CANADA, Division de la statistique du revenu. « L'avoir et la dette des Canadiens : un aperçu des résultats de l'Enquête sur la sécurité financière », 2001, catalogue n° 13-595-XIE.
- <sup>46</sup> FINNIE, Ross. « The Dynamics of Poverty in Canada: What We Know, What We Can Do », 2000, C.D. Howe Institute, commentaire n° 145, septembre 2000.
- <sup>47</sup> PICOT, Garnett, M. Zybloc et W. Pyper. « Qu'est-ce qui explique les mouvements des enfants vers la situation de faible revenu et hors de celle-ci, les changements de situation sur le marché du travail ou le mariage et le divorce? », 1999, Statistique Canada, Direction des études analytiques, document de recherche n° 132.
- <sup>48</sup> Par exemple, Bane, Mary Jo et David Ellwood. « Slipping Into and Out of Poverty: The Dynamics of Spells », *The Journal of Human Resources*, 1986, vol. 21, n° 1, p. 1-23.
- <sup>49</sup> SANTÉ CANADA et l'Association canadienne de santé publique. « Pour un avenir en santé — Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne », 1999, Ottawa, Santé Canada.
- <sup>50</sup> CURTIS et Phipps. « Social Transfers », 2001.
- <sup>51</sup> HUMPHRIES, Karin H. et Eddy van Doorslaer. « Income-related health inequality in Canada », *Social Science and Medicine*, 2000, 50, p. 663-671.
- <sup>52</sup> L'indice HUI vise à mesurer l'état de santé général sur une échelle de 0 à 1 (où 1 correspond à un parfait état de santé), sur la base de huit attributs : vision, ouïe, parole, motricité, dextérité, émotion, état cognitif et souffrance.
- <sup>53</sup> Calculs de l'auteur avec les données de l'ELNEJ de 1996.
- <sup>54</sup> SANTÉ CANADA. « Toward a Healthy Future », 1999, p. 75 et Phipps, Shelley. « An International Comparison of Policies and Outcomes for Young Children », 1999, études des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques : n° F/05, p. 102.
- <sup>55</sup> Id., *Ibid.*
- <sup>56</sup> PHIIPPS. « International Comparison of Policies », 1999.
- <sup>57</sup> KUNST, Antone E., J. M. Jose, J. J. Geurts et Jaap van den Berg. « International variation in socioeconomic inequalities in self-reported health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, 49, p. 117-123. Humphries, Karin H. et van Doorslaer, 2000.
- <sup>58</sup> HUMPHRIES et van Doorslaer, 2000, p. 670.
- <sup>59</sup> Voir, par exemple, Mullahy, John, Stephanie Robert et Barbara Wolfe. « Health, Income and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group », 2001, New York City, Russell Sage Foundation, p. 5-6. Benzeval, Michaela et Ken Judge, « Income and Health: The Time Dimension », *Social Science and Medicine*, 2001, 52, p. 1379.
- <sup>60</sup> MULLAHY, Robert et Wolfe. « Health, Income and Inequality », 2001, p. 5-6
- <sup>61</sup> Cette analyse est réalisée soit par une surveillance de l'état de santé initial dans la régression multivariée, soit en limitant l'échantillon de l'analyse à celles qui commencent par une bonne santé. D'ordinaire, le degré de l'association entre la pauvreté et la santé est quelque peu plus faible lorsqu'on a pris en considération le compte d'une éventuelle causalité inverse.
- <sup>62</sup> CURTIS, Lori et Shelley Phipps. « Economic Status and Child Well-Being in Canada and the United States: A Sensitivity Analysis », 2000a, ébauche. Voir également Curtis, Lori et Shelley Phipps. « Economic Resources and Children's health and Success at School: An Analysis with the National Longitudinal Survey of Children and Youth », 2000, Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, W-01-1-4E. Kohen, Dafne E., Clyde Hertzman et Jeanne Brooks-Gunn. « Neighbourhood Influences on

Children's School Readiness », 1998, Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, W-98-15E. Ross, David, Paul Roberts et Katherine Scott. « Family Income and Child Well-being », 2000, ISUMA, vol. 1, n° 2 (automne), p. 51-54. Ryan, Bruce A. et Gerald R. Adams. « Family Relationships and Children's School Achievement: Data from the National Longitudinal Survey of Children and Youth », 1998, Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, W-98-13E.

- <sup>63</sup> ROSS, David. « Rethinking Child Poverty », *Insight, Perception*, 1998, vol. 22, n° 1. Ottawa, Conseil canadien de développement social, p. 9-11.
- <sup>64</sup> Par exemple, Curtis, Lori, Martin Dooley, Ellen Lipman et David Feeder. « The Role of Permanent Income and Family Structure in the Determination of Child Health in the Ontario Child Health Study », *Health Economics*, 2001, ébauche. Dooley, M. D., Lori Curtis, Ellen Lipman et David Feeny. « Child Behaviour Problems, Poor School Performance and Social Problems: The Roles of Family Structure and Low Income in Cycle One of the National Longitudinal Survey of Children and Youth », 1998a. Dans Miles Corak. « Les marchés du travail, les institutions sociales et l'avenir des enfants au Canada », Statistique Canada, catalogue n° 89-553-XPB. Dooley, M.D., et Lori Curtis. « The Role of Income, Family Structure and Parental Market Work in the Determination of Child Health in the National Longitudinal Survey of Children and Youth », 1998b, Canadian International Labour Network Working Paper, McMaster University.
- <sup>65</sup> BLAU, David, M. « The Effects of Income on Child Health Development », révision de l'économie et des statistiques, 1999, 812, p. 261-276.
- <sup>66</sup> KORENMAN, Sanders, Janet Miller et John Sjaastad. « Long-term Poverty and Child Development in the United States: Results from the NLSY », *Children and Youth Services Review*, 1995, vol. 17, n°s 1-2, p. 127-155.
- <sup>67</sup> MAYER, Susan. « *What Money Can't Buy: Family Income and Children's Life Chances* », 1997, Cambridge, Harvard University Press.
- <sup>68</sup> Voir aussi le résumé des discussions de G. Duncan, J. Brooks-Gunn, S. Mayer et D. Blau à ce sujet : <http://www.wws.princeton.edu/~rpds/macaruthur/conferences/income1.html>.
- <sup>69</sup> Voir Offord, D. R., M. H. Boyle et B. R. Jones. « Psychiatric Disorder and Poor School Performance among Welfare Children in Ontario », *Canadian Journal of Psychiatry*, 1987, 32, p. 518-525. Lipman, Ellen L. et David R. Offord. « Disadvantaged Children » dans le *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*, The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Ottawa, ministre de l'Approvisionnement et des Services, catalogue n° H21-117/1994E, p. 356-368. Cadman, D., et al. « Chronic Illness and Functional Limitation in Ontario Children: Findings of the Ontario Child Health Study », *Canadian Medical Association Journal*, 1986, 135, p. 761-767. Curtis et Phipps. « Economic Resources », 2000b. Curtis et al. « The Role of Permanent Income », 2001. Dooley, Lipman et Offord. « Consumption Indicators, Family Income and Child Outcomes », 2001, document présenté aux réunions de 2001 de l'Association canadienne d'économie (Montréal).

- <sup>70</sup> Voir Danziger, Sheldon et Jane Waldfogel. « Investing in Children: What Do We Know? What Should We Do? », Centre for Analysis of Social Exclusion, Londres, London School of Economics, 2000, dossier 34. Duncan, G. et J. Brooks-Gunn. « *Consequences of Growing Up Poor* », New York, Russell Sage Foundation, 1997. Duncan, G., et al. « How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children? », *American Sociological Review*, 1998, vol. 63, p. 406–423. Hertzman, Clyde, « The Case for an Early Child Development Strategy », *ISUMA, Canadian Journal of Policy Research*, 2000, vol. 1, n° 2, p. 11–18. Mustard, Fraser, Margaret Norrie McCain et Jane Bertrand. « Changing Beliefs to Change Policy: the Early Years Study », *ISUMA, Canadian Journal of Policy Research*, 2000, vol. 1, n° 2, p. 76–79.
- <sup>71</sup> DUNCAN, G., et al. « How Much Does Child Poverty Affect the Life Chances of Children? », 1998. Smith, J. R., et al., « Consequences of Growing Up Poor for Young Children », 1997. Dans Duncan G. et J. Brooks-Gunn (éditeurs). « *Consequences of Growing Up Poor* », New York, Russell Sage Foundation, 1997.
- <sup>72</sup> Voir Kohen, D. E., et al. « Effects of Unemployment and Economic Instability on Parents and Children », 2000, recherche non publiée. Lipman, E., et D. R. Offord. « Psychosocial Morbidity among Poor Children in Ontario », 1996. Dans Duncan G. et J. Brooks-Gunn. « *Consequences of Growing Up Poor* », 1997. Lipman, E., D. R. Offord et M. H. Boyle. « Economic Disadvantage and Child Psycho-social Morbidity », 1994. Dans Duncan G. et J. Brooks-Gunn. « *Consequences of Growing Up Poor* », 1998.
- <sup>73</sup> CURTIS et Phipps. « Economic Resources », 2000b.
- <sup>74</sup> KOHEN, et al. « Effects of Unemployment », 2000. Jenkins et Keating. « Risk and Resilience in Six- and Ten-Year Old Children », Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, 1998, W-98-23E. Ross, Roberts et Scott, « Mediating Factors in Child Development Outcomes: Children in Lone-Parent Families », Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, 1998, W-98-8E. Landy et Tam, « Understanding the Contribution of Multiple Risk Factors on Child Development at Various Ages », Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Développement des ressources humaines Canada, 1998, W-98-WWE.
- <sup>75</sup> Voir Curtis et Phipps. « Economic Status and Child Well-being », 2000a.
- <sup>76</sup> La régression est une classe de méthodes statistiques dans laquelle une variable dépendante est liée à une ou plusieurs variables indépendantes.
- <sup>77</sup> Voir Duncan et Brooks-Gunn. « *Consequences of Growing Up Poor* », 1997, pour des discussions détaillées.
- <sup>78</sup> DUNCAN, et al. « Economic deprivation and early childhood development », *Child Development*, 1994, 65, p. 296-318, évalue les modèles de changements. Mayer (*What Money Can't Buy*, 1997) utilise des estimations du revenu sur une période de temps après avoir mesuré les résultats de santé des enfants. Duncan et al. (*How Much Does Childhood Poverty Affect the Life Chances of Children?*, 1998) utilisent les différences entre les frères et sœurs.



- <sup>79</sup> Voir, par exemple, les excellentes analyses de Deaton, Angus. « Health, Inequality, and Economic Development », 2001, rapports et documents du groupe de travail de la Commission Macroéconomie et Santé de l’OMS, [http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh\\_papers/e/pdf/wg1\\_paper03.pdf](http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_papers/e/pdf/wg1_paper03.pdf). Judge, Ken et Lain Paterson. « Poverty, Income Inequality and Health », 2001, New Zealand Treasury Working Paper 01/29, Wellington, New Zealand Treasury, <http://www.treasury.govt.nz/workingpapers/2001/twp01-29.pdf>. Lynch, John W., George Davey Smith, George A. Kaplan et James House. « Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or Material Conditions », *British Medical Journal*, 2000, 320, p. 1200-1204. Mullahy, Robert et Wolfe. « Health, Income and Inequality », 2001, [http://www.russellsage.org/special\\_interest/socialinequality/revmullahy01.pdf](http://www.russellsage.org/special_interest/socialinequality/revmullahy01.pdf).
- <sup>80</sup> PRESTON, Samuel. « The changing relation between mortality and level of economic development », *Population Studies*, 1975, 29, p. 231-248.
- <sup>81</sup> DEATON. « Health, Inequality and Economic Development », 2001, p. 5.
- <sup>82</sup> Par exemple, Wilkinson, Russell. « *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* », Londres, Routledge Press, 1996.
- <sup>83</sup> Pour une discussion récente, voir Brunner, Eric et Michael Marmot. « Social Organization, Stress, and Health », 1999, chapitre 2 dans Marmot M. et Richard G. Wilkinson (éditeurs). « Social Determinants of Health », Oxford, University Press.
- <sup>84</sup> Voir Lynch et al. « Income Inequality and Mortality », 2000.
- <sup>85</sup> Id., *Ibid.*
- <sup>86</sup> GRAVELLE, Hugh, John Wildman et Matthew Sutton. « Income, income inequality and health: what can we learn from aggregate data? », 2000, The University of York, document de travail en économie, n° 2000/26.
- <sup>87</sup> WOLFSON, Michael, George Kaplan, John Lynch, Nancy Ross et Eric Backlund. « Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration », *British Medical Journal*, 1999, 319, p. 953-955.
- <sup>88</sup> Voir Atkinson, Anthony et Andrea Brandolini. « *The Journal of Economic Literature* », 2001, vol. 39, n° 3, p. 771-799.
- <sup>89</sup> Voir Judge, K., et al. « Income Inequality and Population Health », *Social Science and Medicine*, 1998, vol. 46, n° 4-5, p. 567-579.
- <sup>90</sup> Voir Osberg, Lars. « Labour Supply and Inequality Trends », 2001.
- <sup>91</sup> Wolfson, et al. (« Income Inequality and Mortality », 1999), se font toutefois rassurants en indiquant qu’ils ont testé une gamme de mesures de l’inégalité qui n’ont pratiquement pas modifié les résultats.
- <sup>92</sup> Conversation personnelle avec Lars Osberg.
- <sup>93</sup> Voir Wolfson et al. « Income Inequality and Mortality », 1999.
- <sup>94</sup> Voir Deaton. « Health, Inequality and Economic Development », 2001, p. 3.
- <sup>95</sup> Voir Mullahy, Robert et Wolfe. « Health, Income and Inequality », 2001, p. 9.
- <sup>96</sup> Faute d’espace, nous n’avons pas abordé le thème de l’*exclusion sociale*, mais il s’agit d’un concept important qui est apparu récemment à la faveur de débats universitaires et politiques. L’*exclusion sociale* est une notion dynamique et multidimensionnelle de la pauvreté. Bien qu’elle soit reliée à des idées plus traditionnelles de la pauvreté à long terme, elle en est cependant distincte et est probablement importante pour la santé.

- <sup>97</sup> LUNDBERG, S. J., R. A. Pollak et T. J. Wales. « Do Husbands and Wives Pool Their Resources? Evidence from the UK Child Benefit », *Journal of Human Resources*, 1997, 32, p. 463–480.
- Phipps, Shelley et Peter Burton. « What's Mine Is Yours? The Influence of Male and Female Incomes on Patterns of Household Expenditure », *Economica*, 1998, 65, p. 599–613.
- <sup>98</sup> Voir Wolfson, et al. « Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics », *British Medical Journal*, 2000, 320, p. 898-902.
- <sup>99</sup> CURTIS, Lori et Shelley Phipps. « Social Transfers », 2001.