

DÉMARCHANDISER POUR VIVRE EN SANTÉ

Les politiques de redistribution comme déterminants de la santé

OLIVIER JACQUES

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal

ALAIN NOËL

Département de science politique, Université de Montréal



OBSERVATOIRE QUÉBÉCOIS
des **in**égalités

Évaluer • Éclairer • Éveiller

Basé à l'Université de Montréal, l'Observatoire québécois des inégalités est un courtier de connaissances scientifiques qui éclaire les réflexions et les prises de décision concernant les inégalités de revenu, d'opportunité et de qualité de vie

Analyse et rédaction : Olivier Jacques et Alain Noël

Le contenu de cette publication a été édité par l'Observatoire.

Direction : Lorène Cristini, *directrice générale par intérim*

Édition, révision linguistique et mise en page : Marie Lamarre, *conseillère en valorisation de la recherche*

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier du Ministère de la Santé et des Services sociaux

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales, avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Pour citer ce document :

Olivier Jacques et Alain Noël (2021), « Démarchandiser pour vivre en santé : les politiques de redistribution comme déterminants de la santé » [version courte], Montréal, Observatoire québécois des inégalités.

La version intégrale de ce rapport est disponible en ligne au www.alainnoel.ca

Observatoire québécois des inégalités
à l'Université de Montréal
3744 Jean-Brillant, bureau 515.26
Montréal, QC
H3T 1P1

© Observatoire québécois des inégalités et les auteurs,
2021



Sommaire exécutif

- L'Observatoire québécois des inégalités présente la version abrégée d'une étude réalisée en 2020 par les chercheurs Olivier Jacques et Alain Noël.
- La démarche de cette étude consiste à vérifier l'effet sur la santé des politiques sociales, des dépenses de santé, ainsi que des inégalités.
- Les résultats qui ont permis de tirer les principaux constats émergent d'une analyse quantitative au niveau macro qui compare les déterminants de la santé dans 30 pays entre 1960 et 2017.
- Il devient ainsi possible d'évaluer l'effet à long terme d'une variable sur la santé en contrôlant pour tous les facteurs connus ou inconnus qui ne varient pas à travers le temps et qui risquent d'influencer la santé d'une population.
- L'analyse qui en découle révèle que c'est la générosité de l'État-providence, un indicateur qui combine le taux de couverture, la durée et le niveau de générosité absolu des prestations, qui présente la corrélation positive la plus robuste avec la santé.
- A contrario, les dépenses de santé ne sont pas corrélées significativement avec la santé. Les résultats démontrent aussi que la polarisation du marché du travail, définie par un écart important entre le bas et le haut de l'échelle des revenus de marché, influence négativement la santé.
- Il en ressort donc que les politiques publiques ont des conséquences significatives pour la santé, non pas tant parce qu'elles réduisent les inégalités que parce qu'elles distribuent mieux que le marché les ressources et les protections.

Table des matières

Sommaire exécutif.....	3
Mise en contexte	5
État de la question et théorie.....	7
Variables et résultats	10
Effets à long terme	13
<i>Taux de mortalité</i>	<i>14</i>
<i>Espérance de vie.....</i>	<i>15</i>
<i>Années potentielles de vie perdues.....</i>	<i>16</i>
Conclusion.....	18
Références	19



Mise en contexte

L'état de santé de la population québécoise s'améliore depuis plusieurs décennies. En 1980-1982, l'espérance de vie à la naissance était de 71,2 ans pour les hommes et de 78,8 ans pour les femmes. En 2016-2018, elle atteignait respectivement 80,9 ans et 84,3 ans. En moins de quarante ans, donc, la durée de vie prévisible avait augmenté de presque dix ans pour les hommes et de plus de cinq ans pour les femmes¹. La tendance est la même dans les sociétés occidentales, et elle est largement attribuable au développement économique, à l'amélioration des conditions de vie et aux progrès de la médecine.

Des écarts importants subsistent tout de même entre des sociétés qui assurent plus ou moins bien la santé de leur population. Aux États-Unis, par exemple, un pays plus riche que le Québec et certainement à la fine pointe de la science médicale, l'espérance de vie pour les hommes était de 76,2 ans en 2018, presque cinq ans de moins qu'au Québec et celle des femmes était de 81,2 ans, trois ans de moins qu'au Québec. En Italie, en revanche, les hommes (81,2 ans) et les femmes (85,6 ans) pouvaient espérer vivre un peu plus longtemps qu'au Québec².

Quel rôle les politiques publiques jouent-elles dans l'amélioration de la santé des populations, et comment rendre compte de ces différences dans le temps et entre les pays ? Les sociétés où les gens vivent plus longtemps ont-elles des dépenses plus élevées pour les soins de santé, des programmes sociaux plus généreux ou sont-elles, de manière générale, simplement plus égalitaires ?

En 2009, un rapport percutant de la Commission des déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concluait que les inégalités « tuent à grande échelle »³. La même année, deux chercheurs britanniques faisaient paraître *The Spirit Level*⁴, un livre influent qui soulignait également les répercussions néfastes des inégalités sur la santé. Ces deux parutions suggéraient que si les inégalités de revenus se traduisent par des inégalités sociales de santé, il devait y avoir une relation entre le niveau général des inégalités dans une société et l'état de santé de sa population. Réduire les inégalités de revenus devrait donc diminuer les inégalités sociales de santé et, ultimement, améliorer la santé de toute la population.

L'étude résumée⁵ dans ce rapport consistait donc à vérifier le lien entre les politiques sociales et la santé, l'incidence plus limitée et circonscrite des dépenses de santé, et le rôle des inégalités. Il en ressort que les politiques publiques ont des conséquences significatives pour la santé, non pas tant parce qu'elles réduisent les inégalités que parce qu'elles distribuent mieux que le marché les

¹ INSPQ (2020). *Espérance de vie à la naissance*, Montréal : Institut national de santé publique du Québec [[En ligne](#)].

² OCDE (2020). *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, Paris : OCDE.

³ Commission des déterminants sociaux de la santé (2009). *Rapport final : combler le fossé en une génération*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

⁴ Richard Wilkinson et Kate Pickett (2009). *The Spirit Level : Why Equality Makes Societies Stronger*, London, Bloomsbury.

⁵ La version intégrale se trouve en ligne, [ici](#).



ressources et les protections qui permettent à chacun de tirer son épingle du jeu face aux risques sociaux (le chômage, par exemple) et à la maladie.

Les résultats qui ont permis de tirer les principaux constats émergent d'une analyse quantitative au niveau macro qui compare les déterminants de la santé dans 30 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) entre 1960 et 2017. Ce faisant, il est possible d'évaluer l'effet à long terme d'une variable sur la santé en contrôlant pour tous les facteurs connus ou inconnus qui ne varient pas à travers le temps et qui risquent d'influencer la santé d'une population. Il s'agit d'analyse de régression longitudinale et transversale (*time-series cross-sectional*) avec effets fixes.

Les variables dépendantes qui sont retenues reprennent les indicateurs classiques de la santé des populations, soit :

- le taux de mortalité
- l'espérance de vie à la naissance
- le taux de mortalité infantile
- le nombre d'années de vie perdues par décès prématuré (avant 75 ans)

Les variables indépendantes s'organisent autour d'un double questionnement, qui structure ce rapport. D'abord, quelle est l'incidence de l'État-providence, c'est-à-dire des politiques de protection sociale et des politiques de santé ? Ensuite, quel est le rôle des inégalités et de la redistribution ?

Qu'est-ce qu'une analyse de régression longitudinale et transversale avec effets fixes ?

- **ANALYSE DE RÉGRESSION.** Analyse statistique qui vise à estimer le lien de corrélation entre variables.
- **LONGITUDINALE.** À travers plusieurs périodes de temps (ici, des années).
- **TRANSVERSALE.** À travers plusieurs unités (ici, des pays).
- **EFFETS FIXES.** Prise en compte du fait que certaines variables inhérentes aux unités (dans ce cas-ci, aux pays), ne peuvent pas être mesurées, mais pourraient néanmoins expliquer une partie des résultats.

État de la question et théorie

Il importe, pour commencer, de distinguer ce qui fait l'objet de consensus parmi les chercheurs quant à l'incidence des politiques publiques et de la distribution du revenu sur la santé, de ce qui reste plus controversé ou mal connu. Pour ce faire, il convient d'interroger la validité de la proposition suivante : un état-providence généreux (**A**) peut assurer une meilleure distribution des revenus (**B**), elle-même garante de meilleurs résultats en santé (**C**).

La première partie de cette chaîne logique (**A** → **B**) est largement confirmée par la littérature sur les politiques sociales. Des programmes sociaux généreux, mesurés en termes de dépenses publiques ou par l'étendue et la qualité de la couverture offerte contre les différents risques sociaux, contribuent effectivement à réduire la pauvreté et les inégalités⁶. Les programmes universels, en particulier, favorisent la redistribution, en rendant plus légitime le maintien de dépenses sociales élevées⁷. Cette relation pourrait même constituer le mécanisme principal reliant les politiques sociales à la santé (**A** → **B** → **C**)⁸.

Le fait que les riches soient en meilleure santé que les pauvres ne permet pas de conclure que les sociétés plus égalitaires ont des populations en meilleure santé.

Il n'en va toutefois pas de même pour la seconde partie de l'équation (**B** → **C**), un lien égalité-santé qui demeure plus présumé que démontré. Il semble en effet possible d'établir une relation entre l'égalité des revenus et la santé des populations en utilisant essentiellement des corrélations simples, pour une année donnée, entre le niveau des inégalités dans une société et la prévalence de divers problèmes sociaux⁹. Or, d'autres facteurs, comme le développement économique, le profil démographique ou les habitudes de vie, peuvent entrer en jeu. Dans une revue systématique des travaux sur la question, il appert que les arguments en faveur de l'hypothèse égalité-santé résistent mal à l'ajout de données plus complètes ou à la construction de modèles statistiques plus exigeants¹⁰. D'un point de vue individuel, le revenu est un bon prédicteur de la

⁶ David Brady (2009). *Rich Democracies, Poor People: How Politics Explain Poverty*. Oxford: Oxford University Press; Lane Kenworthy (2011). *Progress for the Poor*. Oxford: Oxford University Press; Kees Van Kersbergen et Barbara Vis (2014). *Comparative Welfare State Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

⁷ Tommy Ferrarini, Kenneth Nelson et Joakim Palme (2016). « Social Transfers and Poverty in Middle- and High-Income Countries — A Global Perspective », *Global Social Policy*, 16, 1: 22-46; Olivier Jacques et Alain Noël (2018). « The Case for Welfare State Universalism, or the Lasting Relevance of the Paradox of Redistribution », *Journal of European Social Policy*, 28, 1: 70-85; Olivier Jacques et Alain Noël (2021). « Targeting within Universalism », *Journal of European Social Policy*, 31, 1: 15-29.

⁸ C'est ce que suggère, par exemple, la thèse bien connue de Richard Wilkinson et Kate Pickett sur les vertus de l'égalité (2009)

⁹ Richard Wilkinson et Kate Pickett, *op. cit.*

¹⁰ John Lynch et al. (2004). « Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review », *The Milbank Quarterly*, 82, 1 : 5-99.



santé. Mais l'inégalité n'est pas une caractéristique individuelle; c'est un trait collectif¹¹. Le fait que les riches soient en meilleure santé que les pauvres ne permet pas de conclure que les sociétés plus égalitaires ont des populations en meilleure santé.

D'autres facteurs pourraient par ailleurs expliquer la santé des populations, parmi lesquels, notamment, la distribution des ressources qui contribuent à la santé¹².

À cet égard, l'hypothèse d'un effet direct des programmes sociaux sur la santé s'impose naturellement (**A** → **C**). L'État-providence, selon plusieurs, établit les règles du jeu qui structurent l'accès aux services et aux ressources. Cela aurait pour effet de façonner directement les conditions de vie et la santé des personnes, telles que l'éducation, l'emploi et l'habitation¹³. Plus largement, en démarchandisant les rapports sociaux¹⁴, la protection sociale confirme les hiérarchies et les différences de statuts qui existent dans une société et confère à certains acteurs sociaux plus de pouvoir. Ce faisant, elle est aussi susceptible d'avoir un effet sur la santé¹⁵. Un niveau de revenu d'assistance sociale adéquat ou des prestations d'assurance-chômage généreuses et accessibles, par exemple, réduisent les effets d'une perte d'emploi sur la santé¹⁶.

Qu'est-ce que la démarchandisation ?

Dans le langage des politiques sociales, on peut dire que l'État-providence **démarchandise** les rapports sociaux et ce, de deux façons.

D'abord, en allouant des ressources et des services qui protègent les personnes contre les aléas du marché.

Ensuite, en régulant le marché lui-même, pour atténuer la polarisation des revenus avant même la redistribution.

¹¹ *Ibid.*, p.82.

¹² *Ibid.*, p.68.

¹³ Jason Beckfield et Clare Bambra (2016). « Shorter Lives in Stingier States : Social Policy Shortcomings Help Explain the US Mortality Disadvantage », *Social Science and Medicine*, 171 : 30-38; Jason Beckfield et al. (2015). « An Institutional Theory of Welfare State Effects on the Distribution of Population Health », *Social Theory and Health*, 13, 3/4 : 227-44.

¹⁴ Gøsta Esping-Andersen (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

¹⁵ Megan M. Reynolds et Veerle Buffel (2020). « Organized Labor and Depression in Europe : Making Power Explicit in the Political Economy of Health », *Journal of Health and Social Behavior*, 61, 3 : 342-58.

¹⁶ Clare Bambra et Terje A. Eikemo (2009). « Welfare State Regimes, Unemployment and Health: A Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-Reported Health in 23 European Countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 2 : 92-98; Kenneth Nelson et Johan Fritzell (2014). « Welfare States and Population Health : The Role of Minimum Income Benefits for Mortality », *Social Science and Medicine*, 112 : 63-71; Faraz Vahid Shahidi, Chantel Ramraj, Odmaa Sod-Erdene, Vincent Hildebrand et Arjumand Siddiqi (2019). « The Impact of Social Assistance Programs on Population Health : A Systematic Review of Research in High-Income Countries », *BMC Public Health*, 19, 2; Faraz Vahid Shahidi, Carles Muntaner, Ketan Shankardass, Carlos Quilñonez et Arjumand Siddiqi (2019). « The Effects of Unemployment Benefits on Health : A Propensity Score Analysis », *Social Science and Medicine*, 226 : 198-206.

Ce qui importe, c'est donc moins la distribution des revenus à proprement parler (et notamment l'écart entre la classe moyenne et les plus pauvres), que la distribution des risques et l'insécurité sociale. Lorsque l'État-providence est fort et généreux, la sécurité des personnes et des ménages augmente et la santé s'améliore; lorsque le marché du travail devient plus polarisé et plus ancré dans une logique « winner-take-all » – le vainqueur rafle tout –, l'insécurité augmente et la santé se détériore. Les programmes sociaux, qui ont un effet direct sur la santé, ont aussi un impact sur la polarisation du marché du travail, mais il s'agit d'un facteur parmi d'autres.

Variables et résultats

Les modèles utilisés dans cette analyse – et dont la méthodologie complète ainsi que les résultats détaillés se trouvent dans la version longue de ce rapport¹⁷ – sont particulièrement conservateurs : si une variable indépendante maintient sa relation avec des mesures de santé qui varient relativement peu à travers le temps, on peut conclure que son effet est assez robuste. À l'inverse, il est possible que certaines variables dont l'effet n'est pas statistiquement significatif aient un effet réel qui ne soit pas détecté par ces modèles conservateurs. Les résultats ne peuvent donc pas démontrer des relations causales. **Lorsque qu'une variable est considérée comme ayant un « effet sur la santé », il s'agit d'une corrélation basée sur des données observées, que la théorie permet de considérer comme un effet plausible.**

Plusieurs variables indépendantes ont été utilisées au cours de cette analyse. La première catégorie réfère aux **dépenses sociales publiques** et à la nature de **l'État-providence**. Selon les catégorisations de l'OCDE, les dépenses sociales incluent :

- l'assurance-chômage
- les pensions de vieillesse
- les prestations d'invalidité
- les prestations pour les veufs/veuves
- les politiques de formation de la main-d'œuvre
- les politiques d'habitation
- l'assistance sociale
- les politiques familiales

Mesures de santé

Comme la plupart des travaux en santé publique qui effectuent des analyses à l'échelle des pays, cette étude retient quatre mesures principales de la santé des populations (ou variables dépendantes) : le taux de mortalité pour l'ensemble de la population (totale ou selon le genre), soit le nombre de morts de toutes causes par 100 000 habitants, standardisé en fonction de la structure des âges dans la population; l'espérance de vie à la naissance (pour les hommes et les femmes); les années potentielles de vie perdues pour les hommes et les femmes, soit une mesure pondérée des années de vie perdues par mort prématurée (avant 75 ans) standardisées en fonction de la structure d'âge d'une population. Finalement, le taux de mortalité infantile est analysé, soit le nombre de décès avant l'âge d'un an par 1000 naissances.

Source : OCDE (2020). *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, Paris : OCDE.

Les dépenses de santé sont exclues des dépenses sociales et analysées séparément en vue de tester l'hypothèse voulant que les politiques sociales aient plus d'impact que les dépenses de santé sur la santé des populations. Pour faciliter la comparaison entre les pays et dans le temps, les dépenses sociales et de santé sont exprimées en proportion du PIB annuel d'un pays, tel qu'il est admis dans la recherche sur les politiques sociales.

¹⁷ Disponible en ligne, [ici](#).

Dépenses sociales: un effet significatif sur la mortalité infantile et les années de vies perdues

Les dépenses publiques pour la protection sociale et la santé semblent s'accompagner d'un effet significatif sur la baisse de la mortalité infantile et des années de vies perdues. A contrario, les dépenses publiques de santé, elles, n'ont pas d'effet significatif positif sur la santé publique : dans certains modèles, elles vont même jusqu'à présenter une corrélation avec un plus haut taux de mortalité.

Le même constat émerge en regard de la générosité de l'État-providence : un effet significatif sur le taux de mortalité et les années de vie perdues tant pour les hommes que pour les femmes, ainsi que sur l'espérance de vie des femmes. Il est intéressant de constater que l'indice de générosité n'a pas d'effet sur l'espérance de vie des hommes. Les effets sur la mortalité infantile sont, pour leur part, inconstants.

En comparant les résultats liés à la générosité de l'état à ceux liés aux dépenses sociales, il est possible de constater des effets similaires sur les années de vie perdues, bien qu'en général c'est l'indice de générosité qui présente la plus forte corrélation avec les différentes variables.

Un marché du travail polarisé a des effets néfastes sur la santé

La deuxième catégorie de variables indépendantes réfère quant à elle à la distribution du revenu, qui permet de mesurer des aspects différents des inégalités et de la pauvreté. L'objectif est d'identifier quel aspect de la distribution des revenus est le plus relié à la santé publique. Les mesures de distribution de revenu qui comparent différents déciles de revenus constituent l'une de ces variables. S'y trouvent le ratio des revenus de travail entre les 10% les mieux nantis et les 10% les moins nantis (le p90p10), ainsi que le ratio des revenus de travail entre les 10% les mieux nantis et les 50% les moins nantis (le p90p50).

L'effet sur la santé d'un changement dans le ratio de revenus de marché p90p10 est beaucoup plus clair comparativement aux autres mesures. Il pourrait donc avoir une influence sur toutes les variables dans le sens théoriquement attendu, sauf les années de vies perdues pour les hommes avec variable dépendante décalée (effet non significatif).

Il s'agit en fait de la variable dont l'effet sur la santé semble le plus significatif de tous les modèles, et plus particulièrement au regard des ratios de revenus de travail entre le 10% le mieux nanti et le 10% le moins nanti. Ces mesures concernent les revenus de marché et dépendent surtout de la part allouée au décile le mieux nanti, parce que les revenus de marché du 10% le moins nanti progressent peu dans le temps¹⁸. De son côté, le ratio p90p50 semble montrer une augmentation de la mortalité infantile et des années de vies perdues des hommes.

¹⁸ Lane Kenworthy, *op. cit.* p. 11.

La relation entre la polarisation des revenus de marché et la santé observée dans cette étude n'a pas été détectée jusqu'ici dans la littérature sur les déterminants de la santé et il n'est donc pas aisé d'identifier les mécanismes exacts qui relient les deux tendances. Il est toutefois possible d'imaginer les plus plausibles :

D'une part, la polarisation peut être vue comme le résultat d'une démarchandisation insuffisante, qui ne prévient pas la création d'emplois précaires, mal payés et stressants, et empêche probablement plusieurs personnes ayant des conditions de travail ou de sécurité insatisfaisantes de quitter ou changer leur emploi, possiblement au risque de leur santé.

D'autre part, cette polarisation, qui est largement déterminée par l'évolution des revenus du décile supérieur, traduit aussi le poids politique des personnes les plus riches, moins susceptibles de privilégier des programmes sociaux universels, généreux et bons pour la santé. Alors que la générosité des programmes sociaux engendre une démarchandisation des rapports sociaux favorable à la santé des populations, la polarisation relance une marchandisation créatrice de stress, d'inquiétudes et d'attitudes moins solidaires.

Autre variable de cette deuxième catégorie, l'indice de Gini¹⁹ pour les revenus disponibles (après impôts et transferts) a l'avantage d'être assez sensible aux changements qui s'opèrent au milieu de la distribution des revenus, mais peu affecté par les changements aux extrémités (pauvres et riches)²⁰

Les inégalités qui prévalent avant l'effet des impôts et transferts sont aussi observées, de manière à évaluer les effets de la redistribution sur la santé.

Les résultats des modèles utilisant les indices de Gini sont pourtant peu concluants. Les inégalités mesurées par l'indice Gini tendent à avoir un effet positif sur la santé: une augmentation de l'indice Gini avant et après impôts semble diminuer le taux de mortalité des hommes, augmenter l'espérance de vie des hommes et les années de vies perdues des femmes. Par contre, une augmentation du Gini pourrait vraisemblablement augmenter la mortalité infantile.

Bien que d'autres modèles aient été étudiés dans cette analyse, comme la redistribution, la proportion du revenu national accaparé par le 1% le plus riche, ou encore les taux de pauvreté, les résultats n'ont pas permis, année par année, de conclure à des effets significatifs sur la santé.

¹⁹ L'indice de Gini représente la synthèse la plus utilisée des inégalités de revenus et exprime la différence entre la distribution du revenu observée dans un pays et l'égalité parfaite (0) ou l'inégalité complète (1).

²⁰ Christopher Wimer, Zachary Parolin, Anny Fenton, Liana Fox et Christopher Jencks (2020). « The Direct Effect of Taxes and Transfers on Changes in the U.S. Income Distribution, 1967-2015 », *Demography*, Online First, August.

Effets à long terme

À partir des modèles étudiés précédemment, des effets de long-terme peuvent aussi être calculés. Ceux-ci représentent **l'effet cumulatif** d'un changement dans la variable indépendante.

Les analyses des sections précédentes identifient quatre variables dont l'effet sur la santé est significatif et constant à travers différents modèles, soit :

- les dépenses sociales
- l'indice de générosité
- le ratio p90p10 (entre les 10% les mieux nantis et les 10% les moins nantis)
- le taux de pauvreté.

En se basant sur les résultats précédents, les trois figures de cette section ci-dessous présentent les effets à long terme d'une augmentation d'un écart-type d'un changement annuel moyen des variables principales par rapport à un écart-type du changement annuel moyen de trois variables dépendantes. Cela permet donc de comparer l'effet d'un changement plausible et relativement petit des quatre variables indépendantes par rapport au changement moyen observé dans la série de trois variables dépendantes analysées : le taux de mortalité et l'espérance de vie et le nombre d'années perdues.

Qu'est-ce qu'un écart-type?

L'**écart-type** mesure la variance d'un échantillon. Par rapport à la moyenne d'un échantillon, qui correspond à la somme de toutes les valeurs récoltées, divisée par le nombre d'observations, l'écart-type, détermine la dispersion des données autour de la moyenne. Si la variance est grande, les valeurs sont davantage éloignées de la moyenne (elles varient plus), alors qu'une faible variance indique que les valeurs se rapprochent davantage de la moyenne (elles varient moins).

Pour comparer l'ampleur d'un effet avec d'autres, il est commun d'exprimer l'effet proportionnellement à l'écart-type. Ceci permet de comparer des variables dont les valeurs (et les moyennes) ne sont pas forcément comparables, comme c'est le cas pour l'espérance de vie et le taux de mortalité.

Exprimé en proportion de l'écart-type d'un changement annuel moyen d'une variable, il est possible d'évaluer si l'effet est grand ou petit, pour des variables qui tendent à changer annuellement. Ce changement annuel moyen est donc l'augmentation ou la diminution moyenne par année, par exemple l'amélioration de l'espérance de vie par année.

Taux de mortalité

Contexte canadien

Le taux de mortalité au Canada était de 1519 par 100 000 habitants en 1960 et était descendu à 675 en 2015. Pour les femmes (hommes) le taux était de 1282 (1764.4) en 1960 et de 575 (800) en 2015

1. Indice de générosité

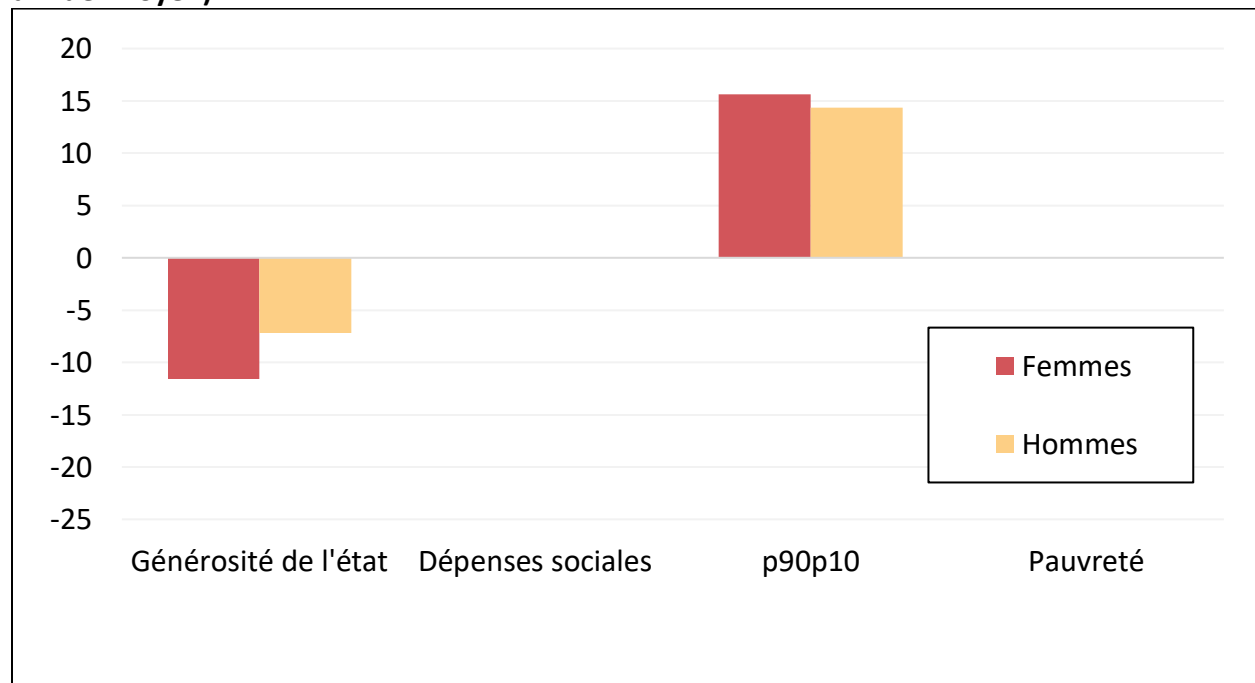
- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0,83
- effet sur le taux femmes : -4,4 par 100 000 habitants (-11,6%)
- effet sur le taux des hommes : -3,9 par 100 000 habitants (-7,2%)

2. Ratio p90p10

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0,09
- effet sur le taux des femmes : +5,9 par 100 000 habitants (15,6%)
- effet sur le taux des hommes : +7,9 par 100 000.habitants (14,4%)

Ainsi, l'indice de générosité à long terme peut s'associer plus aisément au taux de mortalité des femmes que sur celui des hommes. Les dépenses sociales et le taux de pauvreté ne permettent quant à elles pas de montrer un effet significatif sur le taux de mortalité.

Figure 1. Effet de long terme sur le taux de mortalité (en % d'un écart type d'un changement annuel moyen)



Espérance de vie

Contexte canadien

L'espérance de vie à la naissance était de 71,3 en 1961 (79,9 chez les femmes et 68,4 chez les hommes) et de 82 ans en 2017 (84 chez les femmes et 79,9 chez les hommes).

1. Indice de générosité

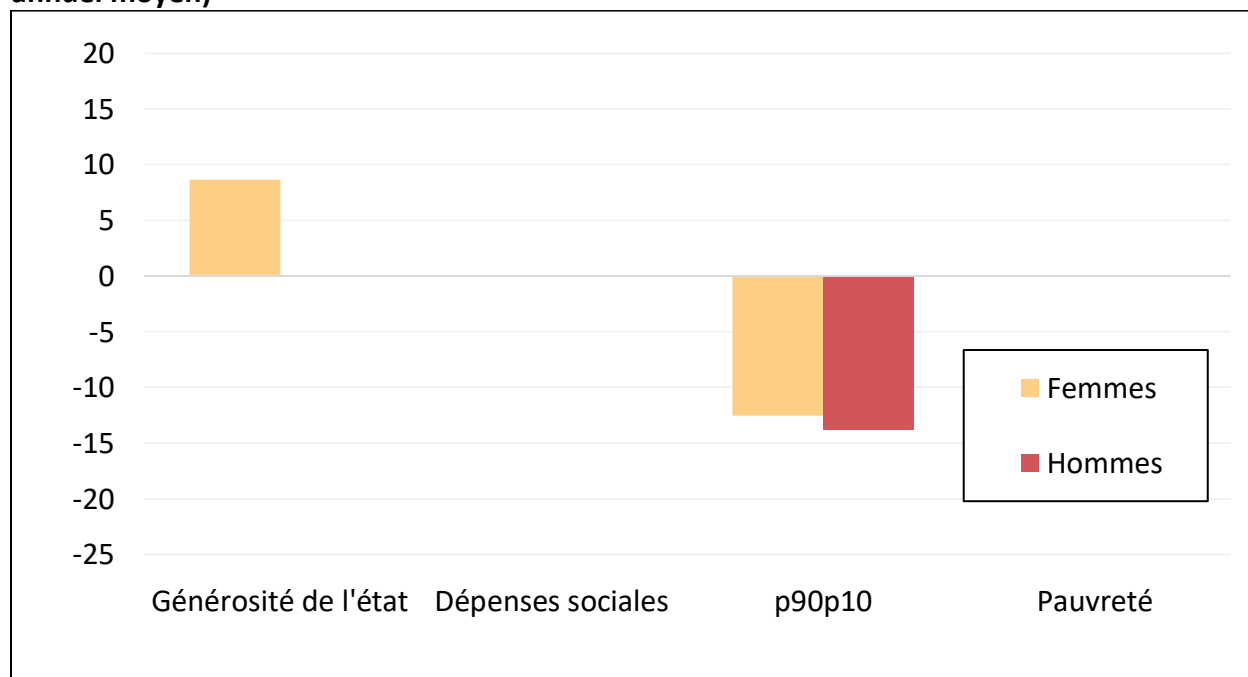
- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0,83
- effet sur l'espérance de vie des femmes : +0,03 an (8,7%)
- effet sur l'espérance de vie des hommes : *non-significatif*

2. Ratio p90p10

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0,09
- effet sur l'espérance de vie des femmes : -0,04 an (12,6%)
- effet sur l'espérance de vie des hommes : -0,05 an (13,9%)

Ici encore, l'indice de générosité à long terme peut s'associer plus aisément à l'espérance de vie des femmes que sur celui des hommes, tandis que le ratio p90p10 pourrait agir de manière assez similaire entre les sexes. Les dépenses sociales et le taux de pauvreté n'ont, une fois de plus, pas d'effet significatif sur le taux de mortalité.

Figure 2. Effet de long-terme sur l'espérance de vie (en % d'un écart type d'un changement annuel moyen)



Années potentielles de vie perdues²¹

Contexte canadien

Entre 1960 et 2017, la moyenne des années potentielles de vies perdues au Canada par 100 000 personnes est passée de 11 947 à 4169. Elles s'élevaient respectivement à 8 996 et 3 177 années pour les femmes et 14 819 5161 pour les hommes.

1. Indice de générosité

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0.83
- effet sur le taux femmes : -9.56 (4%)
- effet sur le taux des hommes : -13.16 (3,4%)

2. Dépenses sociales

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): +0,84
- effet sur le taux des femmes : -33,31 ans (14%)
- effet sur le taux des hommes : -89,4 ans (23,1%)

3. Ratio p90p10

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): 0,09
- effet sur le taux des femmes : + 33.2 (13,9%)
- effet sur le taux des hommes : +28.64 (7,4%)

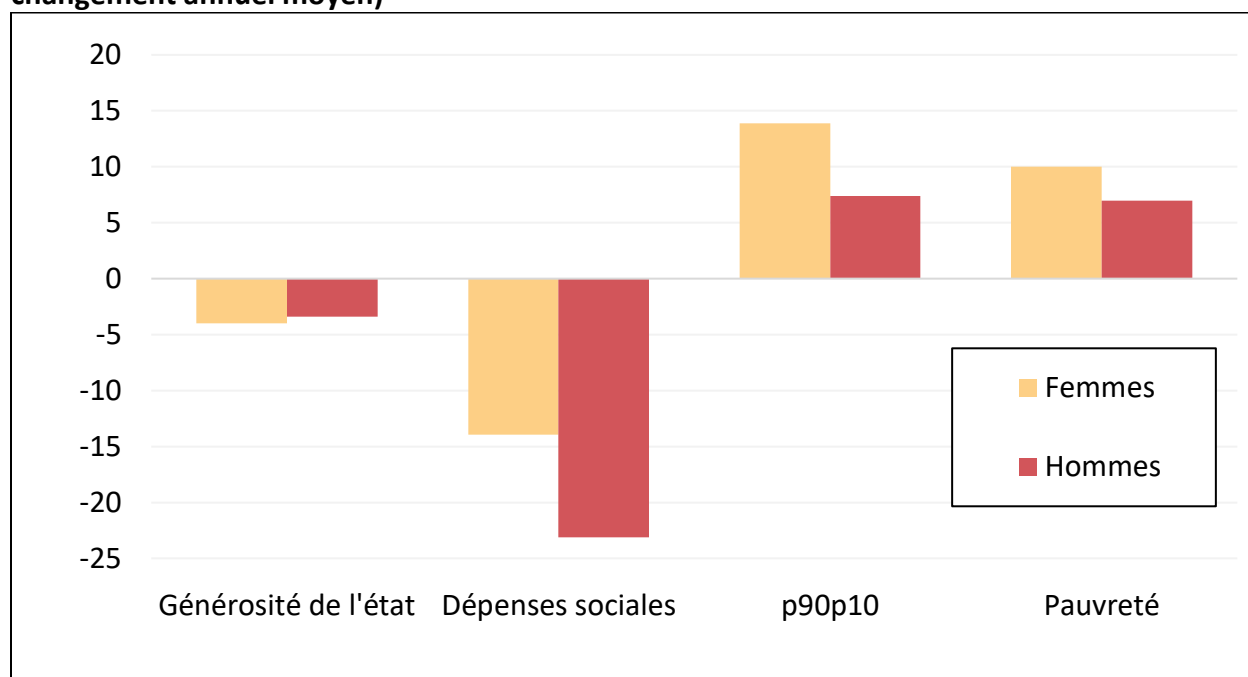
4. Pauvreté

- écart-type d'un changement annuel moyen (croissance): +0,006
- effet sur le taux des femmes : +24 ans (10%)
- effet sur le taux des hommes : +27 ans (7%)

Toutes les variables laissent donc présumer à un effet de long-terme significatif sur les années de vies perdues, mais ce sont les dépenses sociales qui affichent l'effet le plus important.

²¹ Les années potentielles de vie perdues (APVP) est un indicateur de la mortalité prématurée. Cette statistique mesure le nombre d'années de vie perdues suite à un décès jugé prématuré. Le seuil utilisé pour la prématurité du décès est de 75 ans. Par exemple, on considère qu'une personne décédée à 35 ans a perdu 40 années potentielles de vie. Ainsi les APVP accordent davantage de poids aux décès survenus aux plus jeunes âges. L'indicateur présente le taux ajusté des années potentielles de vie perdues à 75 ans pour 100 000 personnes.

Figure 3. Effets de long-terme sur les années de vie perdues (en % d'un écart type d'un changement annuel moyen)



Conclusion

Ce rapport montre que c'est l'indice de générosité de l'État-providence, un indicateur combinant le taux de couverture, la durée et le niveau de générosité absolu des prestations, qui présente la corrélation positive la plus robuste avec la santé. A contrario, les dépenses de santé ne sont pas corrélées significativement avec la santé. Ces constats laissent ainsi croire que si le gouvernement cherchait à accroître la santé de la population et doit choisir entre investir davantage en santé ou améliorer le filet social, il pourrait avoir avantage à prioriser des politiques sociales généreuses.

Les résultats suggèrent également d'adopter une perspective large sur les politiques favorables à la santé, qui dépassent de beaucoup les soins de santé, et de réinvestir autant que possible dans les services sociaux et la santé publique. Ils laissent aussi penser qu'il faut prendre garde de trop centrer l'attention sur les inégalités sociales de santé, qui sont importantes, mais peuvent faire perdre de vue des politiques publiques visant l'ensemble de la population²². Le gouvernement pourrait, par exemple, chercher à diminuer la polarisation des revenus, en renforçant les lois encadrant le marché du travail et en favorisant la syndicalisation et la négociation collective. Le point commun entre les constats de cette étude sur la protection sociale et sur la polarisation des revenus, c'est que lorsque l'État réduit l'impact du marché sur les rapports sociaux, lorsqu'il démarchandise les relations sociales, il contribue à la santé de toute la population.

Plusieurs recherches ont démontré que les politiques sociales diminuent les inégalités. Toutefois, celles-ci n'ont pas d'effet significatif sur la santé des populations. Les politiques sociales ont plutôt des conséquences directes sur la santé, qui ne passent pas par leur impact connu sur les inégalités. Il semble que c'est la sécurité et la protection contre les risques sociaux qu'offrent les politiques sociales qui importe davantage sur la santé, plus que leur effet égalitaire.

Ce qui influence la santé, c'est moins la distribution des revenus, que la vulnérabilité face aux risques et l'insécurité sociale. Lorsque l'État-providence est généreux, la sécurité des personnes augmente et la santé s'améliore. Les seules variables reflétant le niveau d'inégalité qui exercent un effet significatif sur la santé sont les ratios de revenus de marché, qui reflètent un marché du travail polarisé, où le décile le plus riche accapare une large proportion des revenus. Lorsque le marché du travail devient plus polarisé, l'insécurité augmente et la santé se détériore.

²² Julia Lynch (2020). *Regimes of Inequality : The Political Economy of Health and Wealth*, Cambridge : Cambridge University Press;; Johan P. Mackenbach (2020). *Health Inequalities : Persistence and Change in European Welfare States*, Oxford, Oxford University Press, p.180.

Références

Anderson, Gerard. F., Uwe E. Reinhardt, Peter S. Hussey et Varduhi Petrosyan (2003). « It's the Prices, Stupid: Why the United States Is So Different from Other Countries », *Health Affairs*, 22, 3: 89-105.

Bambra, Clare (2011). « Health Inequalities and Welfare State Regimes : Theoretical Insights on a Public Health 'Puzzle' », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65 : 740-45.

Bambra, Clare et Terje A. Eikemo (2009). « Welfare State Regimes, Unemployment and Health: A Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-Reported Health in 23 European Countries », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 2 : 92-98.

Beck, Nathaniel et Jonathan Katz (1995). « What To Do (And Not To Do) with Time-Series Cross-Section Data », *American Political Science Review*, 89, 3: 634-47.

Beckfield, Jason, Clare Bambra, Terje A. Eikemo, Tim Huijts, Courtney McNamara et Claus Wendt (2015). « An Institutional Theory of Welfare State Effects on the Distribution of Population Health », *Social Theory and Health*, 13, 3/4 : 227-44.

Beckfield, Jason et Clare Bambra (2016). « Shorter Lives in Stingier States : Social Policy Shortcomings Help Explain the US Mortality Disadvantage », *Social Science and Medicine*, 171 : 30-38.

Box-Steffensmeier, Janet M., John R. Freeman, Matthew P. Hitt, Jon C. W. Pevehouse (2014). *Time Series Analysis for the Social Sciences*, Cambridge : Cambridge University Press.

Bozio, Antoine, Bertrand Garbinti, Jonathan Goupille-Lebret, Malka Guillot et Thomas Piketty (2020). « Predistribution vs. Redistribution : Evidence from France and the U.S. », *WID.world Working Paper Series*, No. 2020/22, Paris, World Inequality Database, October 29.

Bradley, Elizabeth H., Benjamin R. Elkins, Jeph Herrin et Brian Elbel (2011). « Health and Social Services Expenditures : Associations with Health Outcomes », *BMJ Quality & Safety*, 20 : 826-31.

Brady, David (2009). *Rich Democracies, Poor People: How Politics Explain Poverty*. Oxford: Oxford University Press.

Commission des déterminants sociaux de la santé (2009). *Rapport final : combler le fossé en une génération*, Genève, Organisation mondiale de la santé.

De Boef, Suzanna et Luke Keele (2008). « Taking Time Seriously », *American Journal of Political Science*, 52, 1: 184-200.



Dutton, Daniel J., Pierre-Gerlier Forest, Ronald D. Kneebone et Jennifer D. Zwicker (2018). « Effects of Provincial Spending on Social Services and Health Care on Health Outcomes in Canada : An Observational Longitudinal Study », *Canadian Medical Association Journal*, 190 : E66-71.

Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.

Ferrarini, Tommy, Kenneth Nelson et Joakim Palme (2016). « Social Transfers and Poverty in Middle- and High-Income Countries — A Global Perspective », *Global Social Policy*, 16, 1: 22-46.

Fonseca, Raquel, François Langot, Pierre-Carl Michaud et Thepthida Sopraseuth (2020). « Understanding Cross-Country Differences in Health Status and Expenditures », *NBER Working Paper*, 26876, March.

Grant, Taylor et Matthew J. Lebo (2016). « Error Correction Methods with Political Time Series », *Political Analysis*, 24, 1 : 3-30.

Hope, David et Angelo Martelli (2019). « The Transition to the Knowledge Economy, Labor Market Institutions, and Income Inequality in Advanced Democracies », *World Politics*, 71, 2 : 236-88.

INSPQ (2020). *Espérance de vie à la naissance*, Montréal : Institut national de santé publique du Québec [[En ligne](#)].

Jacques, Olivier et Alain Noël (2018). « The Case for Welfare State Universalism, or the Lasting Relevance of the Paradox of Redistribution », *Journal of European Social Policy*, 28, 1: 70-85.

Jacques, Olivier et Alain Noël (2021). « Targeting within Universalism », *Journal of European Social Policy*, 31, 1:15-29.

Jensen, Carsten (2014). *The Right and the Welfare State*, Oxford : Oxford University Press.

Kenworthy, Lane (2011). *Progress for the Poor*. Oxford: Oxford University Press.

Kim, Ki-tae (2019). « Which Income Inequality Influences Which Health Indicators? Analysis of the Income Inequality Hypothesis with Market and Disposable Gini Indicators », *Social Indicators Research*, Online First, May 15.

Leigh, Andrew, Christopher Jencks et Timothy M. Smeeding (2011). « Health and Economic Inequality », in Brian Nolan, Wiemer Salverda et Timothy M. Smeeding (eds.), *The Oxford Handbook of Economic Inequality*, Oxford : Oxford University Press, pp. 385-407.

Linden, Mikael et Deb Ray (2017). « Life Expectancy Effects of Public and Private Health Expenditures in OECD Countries 1970-2012 : Panel Time Series Approach », *Economic Analysis and Policy*, 56 : 101-113.

Liu, Tong et Daniel J. Dutton (2020). « With Great Inequality Comes Great Responsibility: The Role of Government Spending on Population Health in the Presence of Changing Income Distributions », *Canadian Journal of Public Health*, First Online, August.

Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper, Marianne Hillemeier, Nancy Ross, George A. Kaplan et Michael Wolfson (2004). « Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review », *The Milbank Quarterly*, 82, 1 : 5-99.

Lynch, Julia (2020). *Regimes of Inequality : The Political Economy of Health and Wealth*, Cambridge : Cambridge University Press.

Mackenbach, Johan P. (2020). *Health Inequalities : Persistence and Change in European Welfare States*, Oxford, Oxford University Press.

Nelson, Kenneth et Johan Fritzell (2014). « Welfare States and Population Health : The Role of Minimum Income Benefits for Mortality », *Social Science and Medicine*, 112 : 63-71.

Noël, Alain (2020). « The Politics of Minimum Income Protection in the Canadian Provinces », *Canadian Journal of Political Science*, 53, 2: 399-420.

OCDE (2020). *Statistiques de l'OCDE sur la santé*, Paris : OCDE.

Phelan, Jo C., Bruce G. Link et Parisa Tehranifar (2010). « Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities : Theory, Evidence, and Policy Implications », *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S : S28-S40.

Rehm, Philipp (2020). « The Future of Welfare State Politics », *Political Science Research and Methods*, 8, 2 : 386-90.

Reynolds, Megan M. et Mauricio Avendano (2018). « Social Policy Expenditures and Life Expectancy in High-Income Countries », *American Journal of Preventive Medicine*, 54, 1 : P72-P79.

Reynolds Megan M. et David Brady (2012). « Bringing You More Than the Weekend : Union Membership and Self-Rated Health in the U.S., 1973-2006 », *Social Forces*, 90 : 1023-49.

Reynolds Megan M. et Veerle Buffel (2020). « Organized Labor and Depression in Europe : Making Power Explicit in the Political Economy of Health », *Journal of Health and Social Behavior*, 61, 3 : 342-58.

Rubin, Jennifer, Jirka Taylor, Joachim Krapels, Alex Sutherland, Melissa Felician, Jodi Liu, Lois Davis et Charlene Rohr (2016). *Are Better Health Outcomes Related to Social Expenditures? A Cross-National Empirical Analysis of Social Expenditure and Population Health Measures*, Rand Europe.

Schwander, Hanna (2020). « Labor Market Insecurity Among the Middle Class : A Cross-Pressured Group », *Political Science Research and Methods*, 8, 2 : 369-74.



Scruggs, Lyle, Detlef Jahn et Kati Kuitto (2017). “Comparative Welfare Entitlements Dataset 2. Version 2017-09.” University of Connecticut & University of Greifswald.

Shahidi, Faraz Vahid, Carles Muntaner, Ketan Shankardass, Carlos Quilñonez et Arjumand Siddiqi (2019). « The Effects of Unemployment Benefits on Health : A Propensity Score Analysis », *Social Science and Medicine*, 226 : 198-206.

Shahidi, Faraz Vahid, Chantel Ramraj, Odmaa Sod-Erdene, Vincent Hildebrand et Arjumand Siddiqi (2019). « The Impact of Social Assistance Programs on Population Health : A Systematic Review of Research in High-Income Countries », *BMC Public Health*, 19, 2.

Shahidi, Faraz Vahid, Abtin Parnia et Arjumand Siddiqi (2020). « Trends in Socioeconomic Inequalities in Premature and Avoidable Mortality in Canada, 1991-2016 », *Canadian Medical Association Journal*, September 28, 192 : E1114-28.

Van Kersbergen, Kees et Barbara Vis (2014). *Comparative Welfare State Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Weisstanner, David (2020). « Insiders Under Pressure : Flexibilisation at the Margins and Wage Inequality », *Journal of Social Policy*, FirstView, September 3.

Wilkins, Arjun S. (2017). « To Lag or No to Lag? Evaluating the Use of Lagged Dependent Variables in Regression Analysis? » *Political Science Research and Methods*, 6, 2 : 393-411.

Wilkinson, Richard et Kate Pickett (2009). *The Spirit Level : Why Equality Makes Societies Stronger*, London, Bloomsbury.

Wimer, Christopher, Zachary Parolin, Anny Fenton, Liana Fox et Christopher Jencks (2020). « The Direct Effect of Taxes and Transfers on Changes in the U.S. Income Distribution, 1967-2015 », *Demography*, Online First, August.



ÉVALUER • ÉCLAIRER • ÉVEILLER