

Santé, classes sociales et politiques redistributives

André Billette

Volume 9, Number 1, avril 1977

La gestion de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001518ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001518ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

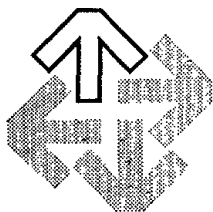
Cite this article

Billette, A. (1977). Santé, classes sociales et politiques redistributives. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 76–92. <https://doi.org/10.7202/001518ar>

Article abstract

The government document *New Perspectives on the Health of Canadians* gives the impression that it treats the Canadian « population » as if all social classes are exposed to the same conditions and risks. The first section of the present investigation, in addressing itself to the questions of mortality rates and life expectancy, demonstrates the existence of health inequalities according to different social classes. The second demonstrates that policies aimed at remedying these inequalities, in particular the programmes concerning the care of patients, the fight against poverty and transfer payments, have had some impact upon redistribution, but, bearing in mind the adverse effect of other factors, their impact has been quite weak. It seems that it will be quite difficult to break the vicious circle of poverty and sickness in Canada.

Santé, classes sociales et politiques redistributives*



ANDRÉ BILLETTE

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie sont établis dans chacune des provinces et assurent maintenant aux Canadiens un système de soins gratuits aux malades. Il s'agit là d'un premier pas. Aujourd'hui l'attention se déplace. Au delà des soins aux malades, on s'interroge sur les conditions de santé, de travail et de vie.

On constate maintenant en effet que la population demeure toujours exposée à des risques élevés de maladie, d'accident et d'incapacité; que l'amélioration des soins aux malades n'a pas diminué ces risques; que ce sont précisément ces « facteurs de risques » qu'il faudrait identifier, réduire et prévenir si l'on veut améliorer la santé de la population. Il s'agit bien ici d'une nouvelle perspective. Un document gouvernemental a consacré cette *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, en mettant l'accent sur le domaine préventif plutôt que sur le domaine curatif¹.

Sur ce point, on ne peut que souscrire à cette *Nouvelle perspective*. Le problème, c'est que dans sa formulation initiale, ce document donne l'impression de traiter la « population » comme si tous les gens, tous les groupes, toutes les classes sociales, une fois diminuée l'influence de l'âge et du sexe, étaient sensiblement exposés aux mêmes

*Dans la préparation de cet article, l'auteur a profité considérablement des informations et commentaires fournis par plusieurs fonctionnaires de la Santé et du Bien-être social du Canada, en particulier ceux de la Direction générale de la Planification à long terme (santé), à laquelle il s'est joint pendant son année sabbatique (1976-1977). Toutefois les opinions contenues dans ce texte sont exclusivement celles de l'auteur.

1. Marc Lalonde, Ministre, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, un document de travail*, Ministère de la santé nationale et du bien-être social, Gouvernement du Canada 1974, p. 40-44.

conditions de risques. Mais les différentes classes seraient-elles sur un pied d'égalité face à la vie, à la mort, à la santé?

Je tenterai de vérifier dans une première étape s'il y a des inégalités de santé entre les différentes classes sociales, et de là, je tenterai dans une seconde étape, de vérifier si les politiques existantes voulant remédier à ces inégalités, ont été quelque peu efficaces. Ce texte cherche à dégager l'ensemble des implications sociales de la *Nouvelle perspective*. Il vise avant tout, à partir de recherches très fouillées mais dispersées, à dégager à la fois un aperçu de ces recherches et un premier bilan de ces politiques.

1. INÉGALITÉS DE SANTÉ SELON LES CLASSES SOCIALES

Depuis des siècles, des inégalités de classes sociales devant la maladie et la mort ont été dénoncées. Il est évident historiquement que les pauvres ont été plus susceptibles que les riches, de mourir de façon prématurée, d'être malades, déprimés, anxieux, fous, de souffrir d'accidents de travail et d'incapacités. La relation entre la pauvreté et la maladie a été si étroite qu'elle est apparue réversible: ou bien le pauvre est plus susceptible d'être malade, ou bien le malade est plus susceptible d'être pauvre; d'où la dénonciation traditionnelle de ce qui pourrait être un cercle vicieux entre pauvreté et maladie.

Qu'en est-il aujourd'hui de ce cercle vicieux? Certains auteurs² prétendent que ce cercle vicieux a été virtuellement éliminé; d'autres³, qu'il demeure; l'OCDE montre dans un rapport paru à l'été 1976⁴, que la « pauvreté relative » (on y reviendra) a augmenté au Canada; d'où l'hypothèse que les inégalités de santé entre les classes sociales auraient été maintenues voire augmentées. Malheureusement, la vérification de cette hypothèse n'a pas été faite au Canada. Les études manquent. La seule enquête nationale de santé⁵ remonte à 1950-51, et suggère une incidence plus élevée de maladie chez les pauvres⁶. Il faudra attendre jusqu'en 1979-80 les résultats de l'*Enquête Santé-Canada* entreprise conjointement par le Ministère de la Santé et Statistique Canada. Entre temps, il n'est pas inutile de risquer des transpositions et approximations avec les études nationales de mortalité d'autres pays développés, l'Angleterre, la France et les E. U.

En Angleterre, l'étude de mortalité du début des années '60⁷ montre les inégalités de

2. C. Kadushin, « Social Class and the Experience of Ill Health », *Sociological Inquiry*, n° 24, hiver 1964, p. 87-80.

3. A. Antonovsky, « Social Class and Illness: A Reconsideration », *Sociological Inquiry*, n° 37, printemps 1967, p. 311-322.

4. O. C. D. E., *Dépenses affectées aux programmes de garantie de ressources*, rapport été 1976. Récension de Jean-Pierre Dumont, « La proportion des pauvres dépend de la sélectivité des dépenses sociales », *Sélection hebdomadaire du journal « Le Monde »*, 5-11 août 1976, p. 8.

5. Department of National Health and Welfare et Dominion Bureau of Statistics, *Illness and Health Care in Canada, Canadian Sickness Survey 1950-1951*, Ottawa, 1960. Il y a sur le plan canadien, une autre étude élaborée cette fois à partir de l'enquête nationale Nutrition Canada: *Report on the Relationship between Income and Nutrition*, Health and Welfare, Ottawa, 1975, qui suggère une incidence plus élevée d'obésité et de malnutrition chez les femmes de faible revenu. Mais cette enquête a été l'objet de controverse méthodologique. Voir à cet égard, *The Canadian Journal of Public Health*, vol. 66, sept./oct. 1975, p. 426-27; vol. 67, jan./fév. 1976, p. 71. Sur le plan local, voir aussi Conseil national du bien-être social, *Les Enfants pauvres*, mars 1975, p. 11-18. Ce rapport résume les monographies associant maladie et pauvreté chez les enfants de différentes localités au Canada. Une monographie plus récente est celle de Loslier, Luc, *La Mortalité dans les aires sociales de la région métropolitaine de Montréal*, Ministère des Affaires sociales, Québec, août 1976.

6. Norman W. Bell et Russell W. Burnside, *Poverty and Illness*, mimeo, département de sociologie, Université de Toronto 1970, p. 16-17. Cette analyse critique les mesures à la fois de maladie et de pauvreté.

7. The Registrar General's *Decennial Supplement, England and Wales, 1961, Occupational Mortality Tables*, Londres, 1971, p. 18-29, 99-103. Pour un résumé, voir The Department of Health and Social Security, *Prevention and Health, everybody's business*, Londres, 1976, p. 51-53.

l'indice normalisé de mortalité (Standardized Mortality Ratio) par catégories socio-professionnelles pour un certain nombre de maladies.

TABLEAU I
Indice normalisé de mortalité (SMR)
des hommes âgés de 15 à 64 ans
pour des causes sélectionnées de mort:
Angleterre et Galles, 1961 (l'ensemble des classes=100)*

CAUSE DE MORT	CLASSE SOCIALE				
	I Profes- sionnel- le	II Inter- médiai- re	III Spé- ciali- sée	IV Semi Spécia- lisée	V Non Spécia- lisée
Ensemble des causes	76	81	100	103	143
Tuberculose	40	54	96	108	185
Cancer de l'estomac	49	63	101	114	163
Cancer du poumon	53	72	107	104	148
Maladie coronarienne	98	95	106	96	112
Bronchite	28	50	97	116	194
Ulcère du duodénum	48	75	96	107	173
Accidents à l'exclusion de la route)	43	56	87	128	193

Source: The Department of Health and Social Security, *Prevention and Health, Everybody's Business*, London, 1976. Tableau 4.2, p. 52. Ce tableau est basé sur les certificats de décès (1959-63) et sur le recensement de 1961.

*L'indice de mortalité est normalisé pour l'âge (SMR). Il est calculé ici selon la méthode indirecte:

$$INM = \frac{d}{\sum p_i T_i} \times 100$$
 Il s'obtient en rapportant le nombre *observé* de décès (d) dans un groupe professionnel particulier, au nombre *attendu* de décès dans ce groupe si les taux de mortalité par catégories d'âge, de la population totale (Ti), étaient appliqués à ce groupe professionnel particulier (pi).

Le Tableau I montre une relation inverse entre occupation et mortalité: moins la catégorie socio-professionnelle est élevée, plus est élevé l'indice de mortalité. Ce Tableau I montre que les groupes professionnels d'hommes (classe sociale I), une fois contrôlée l'influence de l'âge, ont un indice de mortalité beaucoup moins élevé que les salariés agricoles et les ouvriers non spécialisés (classe sociale V). Sauf pour les maladies coronariennes, l'indice de chacune des autres maladies triple et même quadruple, en passant de la classe supérieure à inférieure. Pour la bronchite, l'indice augmente de 7 fois.

Des données un peu plus récentes, celles de Guy Desplanques⁸ portent sur la période 1955-1965 et, sur un échantillon de 500,000 Français. La procédure ici est tout-à-fait différente de celle de l'étude anglaise, mais les résultats publiés en 1973, mettent en évidence le même phénomène de surmortalité des catégories socio-professionnelles les plus démunies. Le Tableau II établit le risque de décès pour chacune des catégories sur la base d'une étude prospective. Des quotients prospectifs de mortalité indiquent qu'à 35 ans, le risque de décès est 4 fois plus élevé pour un manœuvre que pour un instituteur, un professionnel ou un cadre supérieur; et à cet âge, l'espérance de vie de

8. Guy Desplanques, « À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement », in *Economie et Statistiques*, n° 49, octobre 1973. Voir aussi Mercier, P. A., *Les Inégalités en France*, CREDOC, Paris, 1974, p. 13-41.

ces derniers est supérieure de 7 ans à celle des manœuvres (33.5 ans). Enfin, si pour 1000 instituteurs âgés de 35 ans, il en survivra nettement plus de la moitié (572) à 75 ans, en revanche, sur 1000 manœuvres, il en restera moins du tiers (331).

TABLEAU II
*Mortalité des hommes
selon les catégories socio-professionnelles,
France, (période 1955-1965)*

Catégorie socio-économique	Quotients perspectifs de mortalité à 35 ans* (‰)	Nombre de survivants à 75 ans pour 1000 vivants à 35 ans	Espérance vie à 35 ans (en années)
Instituteurs (public)	1,0	572	40,8
Professions libérales et cadres supérieurs	1,0	555	40,3
Clergé catholique	1,2	518	39,2
Cadres moyens (public)	1,2	507	38,9
Techniciens (privé)	1,6	517	39,2
Cadres moyens (privé)	1,7	490	38,4
Ouvriers qualifiés (public)	1,8	481	38,2
Contremaîtres (privé)	1,7	459	37,6
Agriculteurs	1,8	443	37,2
Employés de bureau (privé)	2,2	465	37,7
Commerçants et artisans	2,2	464	37,6
Employés de bureau (public)	2,0	450	37,3
Ouvriers spécialisés (public)	2,5	417	36,3
Ouvriers qualifiés (privé)	2,4	374	35,2
Ouvriers spécialisés (privé)	2,8	368	34,9
Salariés agricoles	2,8	366	34,9
Manœuvres	4,1	331	33,5
Ensemble de la population	2,75	407	36,0

*Le quotient perspectif de mortalité s'obtient en rapportant le nombre des décès survenus au cours d'une année, pour une génération, au nombre de survivants au 1^{er} janvier de cette même année.

Source: Guy Desplanques, « À 35 ans, les instituteurs ont encore 41 ans à vivre, les manœuvres 34 ans seulement ».

Économie et statistiques no. 49. Octobre 1973.

La situation favorable des instituteurs et du clergé suggère que la hiérarchisation de la mortalité n'est pas seulement fonction du niveau économique mais du niveau socio-culturel. Les données anglaises suggèrent à leur tour que la variation de mortalité ne peut être attribuable à l'effet immédiat de l'occupation puisqu'une disparité semblable existe parmi les épouses des hommes dans chacun des groupes alors qu'elles demeurent à la maison, en grande majorité. Par delà donc la catégorie occupationnelle, il s'agit d'un facteur plus global comprenant le niveau culturel et socio-économique. Ce facteur plus global renvoie selon le cadre analytique aux termes soit de la classe sociale soit du statut socio-économique.

L'intérêt de l'étude américaine de Kitagawa et Hauser⁹ est de confirmer les résul-

9. Evelyn Kitagawa et Philip Hauser, *Differential Mortality in the United States*, Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1973, p. 152-166. La principale recherche consiste à apparier le certificat de décès de personnes décédées entre mai et août 1960, et les informations recueillies sur chacune de ces personnes par le recensement de 1960. Sur le lien entre morbidité et pauvreté aux E. U.: J. Konza et al., *Poverty and Health*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969. Sur le lien entre morbidité et chômage aux E. U.: Harvey Brenner, *Fluctuation du chômage, maladie et criminalité*, recherche en cours, John Hopskin, 1976. Sur le lien entre santé et travail: *Sociologie du travail*, vol. 18, n° 4, déc. 1976, intitulé « Le corps du pauvre ».

tats des études précédentes, avec des données se référant à la fois à l'occupation, à l'éducation et au revenu.

Par exemple, le Tableau III montre que l'indice normalisé de mortalité des groupes d'hommes et de femmes de 25 à 64 ans, varie selon le niveau de scolarité.

TABLEAU III
*Indice normalisé de mortalité
des blancs et des non-blancs âgés de 25 à 64 ans,
selon le niveau d'éducation, États-Unis, 1960*

Niveau d'éducation	Hommes		Femmes	
	Blancs	Non-blancs	Blanches	Non-blanches
Inférieur	1.15	1.14	1.60	1.26
Supérieur*	.70	.87	.78	.74
Différence relative	64%**	31%	105%	70%

Source: S. Leonard Syme et Lisa F. Berkman: « Social Class, Susceptibility and Sickness », *American Journal of Epidemiology* Vol. 104, No. 1, juillet 1976 p. 2. Ce Tableau est adapté de E. Kitagawa et P. Hauser, *Differential Mortality in the United States*, Cambridge, Mass. Harvard U.P. 1973, p. 12-14. Voir le Tableau I pour la définition de l'indice normalisé de mortalité. La base de l'ensemble cependant est 1.00 alors qu'elle était de 100 dans le Tableau I.

*Le niveau supérieur d'éducation pour les blancs, est défini par 4 ans de « collège » et plus; pour les non-blancs, il est défini par école secondaire ou collège.

**La différence relative = $\frac{1.15 - .70}{.70} = 64\%$

Les hommes blancs d'éducation inférieur (moins de cinq ans de scolarité) ont un indice normalisé de mortalité 64% plus élevé que celui des blancs d'éducation supérieure (4 ans de « collège » et plus), pour les femmes blanches, la différence relative est encore plus marquée: elle est de 105%. Pour les hommes non blancs, elle est de 31% et pour les femmes non blanches, de 70%¹⁰. L'étude rapporte de semblables écarts en prenant comme indicateur le niveau de revenu et d'occupation.

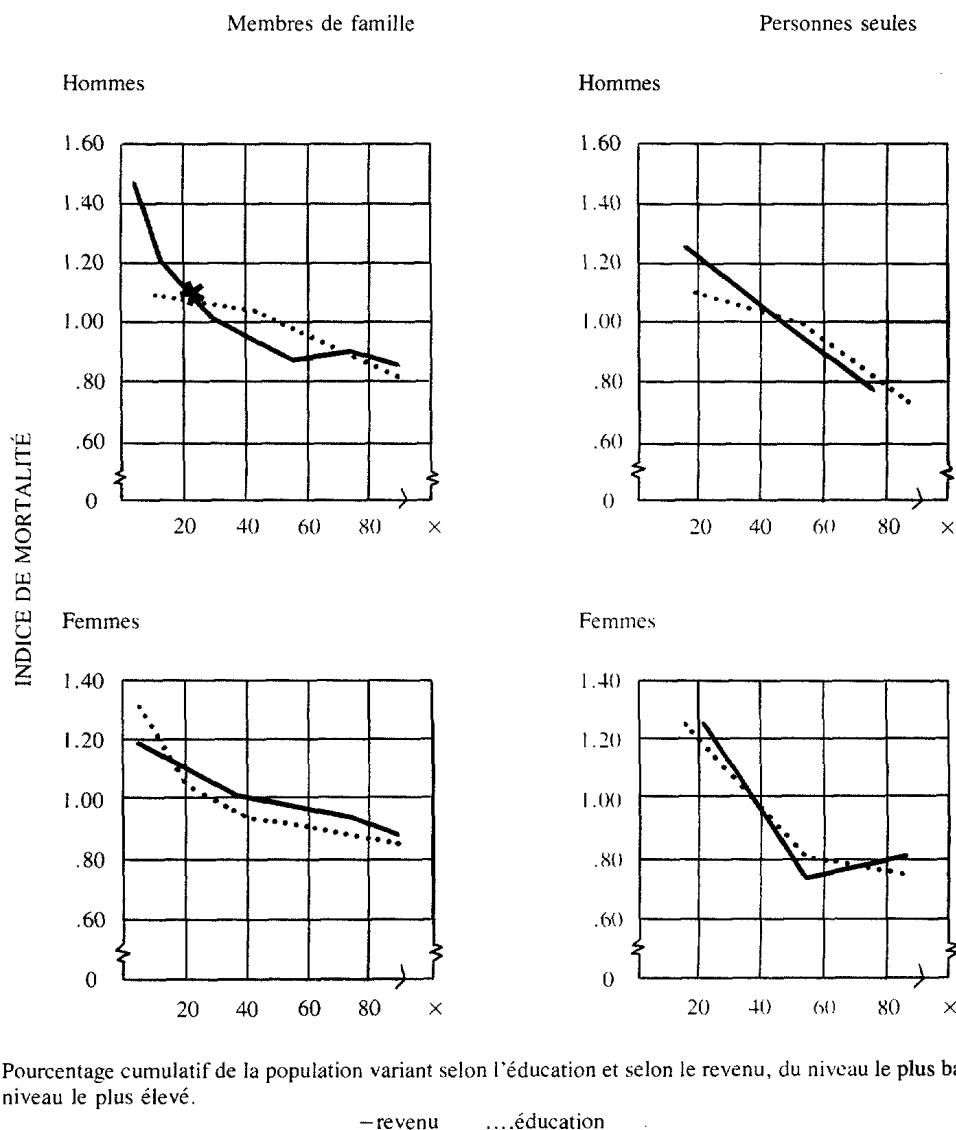
Le Graphique I compare les différences de mortalité à la fois par le revenu et par l'éducation. Les deux courbes, ont ceci de commun de manifester toutes les deux des relations négatives: moins les niveaux d'éducation et de revenu sont élevés, plus est élevé l'indice de mortalité. À noter que l'élévation de l'indice de mortalité chez les faibles revenus est exagérée du fait que la maladie causant la mort retire les individus du marché du travail, diminue leurs revenus enregistrés l'année qui précède la mort et augmente ainsi le nombre de morts appartenant à la catégorie des revenus inférieurs. Cet indice élevé de mortalité est donc excessif parce qu'il reflète en même temps l'effet inversé de la maladie sur le revenu. C'est aussi pourquoi cette étude tend à considérer l'éducation comme un meilleur indicateur que le revenu et l'occupation, parce qu'il est fixe.

Malgré ces réserves, l'étude manifeste une cohérence entre les trois indicateurs: éducation, revenu et occupation. Cette cohérence justifie le renvoi à l'influence plus globale de la classe sociale. Le terme de classe sociale ne se réfère pas ici au mode de production, ni à une idéologie commune. Son usage est empirique, lié aux niveaux d'éducation, de revenu et d'occupation.

10. *Id.* p. 11 et 152.

GRAPHIQUE I

Comparaison de la mortalité selon les inégalités
à la fois d'éducation et de revenu pour les blancs,
25-64 ans, États-Unis, mai-août 1960*



Source: E. Kitagawa et P. Hauser, *Differential Mortality in the United States*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973, p. 21.

*Par exemple, le point d'abscisse 20 représente les hommes qui se situent quant au revenu, au 20% inférieur de la population. À ce point, le graphique indique un indice de mortalité de 112 en ordonnée.

Enfin y a-t-il eu évolution depuis ces dernières décennies? En l'absence de données médicales canadiennes, force est de recourir à des études étrangères. Antonovsky¹¹ montre qu'en Angleterre de 1910 à 1961, les écarts de mortalité ont diminué ou sont

11. A. Antonovsky, « Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality », *Milbank Memorial Fund Quarterly*, n° 45, partie 1, avril 1967, p. 31-73.

presque disparus entre les classes sociales moyennes et supérieures, mais que la classe inférieure a maintenu ses écarts sans réduction notable.

L'étude longitudinale de Kitagawa/Hauser^{12A} arrive à des résultats semblables. Il s'agit d'une étude locale basée sur le Chicago métropolitain et couvrant la période de 1930 à 1960. Elle confirme en particulier qu'il y a aussi une nette démarcation entre la classe inférieure et le reste; que la classe inférieure se caractérise encore par un taux de mortalité beaucoup plus élevé et qu'elle ne manifeste pas d'amélioration relative ces dernières décennies^{12B}.

En résumé, les données anglaises, françaises et américaines montrent des inégalités de classes sociales devant la mort, et par inférence, devant les causes sous-jacentes de mort que sont les maladies et les accidents. Trois remarques doivent être introduites ici. Premièrement, ces données remontent aux années '60 et ne traduisent pas encore les apports de l'évolution récente de la médecine et des systèmes universels de soins même si le régime anglais date de 1949. Deuxièmement, ces données ne sont pas canadiennes. Mais étant donné les similarités du Canada spécialement avec les États-Unis, il est raisonnable de se servir de ces données comme hypothèse de départ¹³.

Enfin, le quotient de mortalité et l'espérance de vie ont été privilégiés pour mesurer la santé, non pas parce qu'ils sont les mesures de santé les plus adéquates, mais parce qu'en attendant la mise au point de mesures de santé fondées sur la morbidité ou sur les facteurs de risques, ou mieux encore sur des indices positifs de santé, ils présentent des données uniformes et disponibles¹⁴.

Par delà ces réserves, le résultat de ce tour d'horizon est l'existence d'un cercle vicieux pauvreté/maladie. Qu'ont été les politiques fédérales et québécoises pour remédier à cette situation?

2. POLITIQUES DISTRIBUTIVES DE REVENUS ET SERVICES

Un ensemble de pressions ont poussé les États modernes à élaborer des politiques distributives voire « redistributives » de ce qui paraissait « trop inégalement » distribué dans la société: l'argent, le bien-être, le pouvoir. Un Canada expansionniste s'était engagé à la suite des E. U. dans une « lutte contre la pauvreté¹⁵ », au point que des programmes furent ostensiblement instaurés en vue de rendre universellement accessibles ou de

12A. E. Kitagawa et P. Hauser, *Differential Mortality in the United States*, Cambridge, Mass. Harvard U. P., 1973, p. 178s.

12B. *Id.* p. 178 ss.

13. Je poursuis une recherche sur les certificats de décès enregistrés aux statistiques d'état civil de Statistique Canada. L'objectif est d'inférer si possible, des corrélations entre mortalité et occupation, au Canada, par référence au recensement de 1971.

14. C. L. Chiang et R. D. Cohen, « How to measure Health », *International Journal of Epidemiology*, 7, 1973, p. 7; G. B. Hill, *Population needs for Health Services, Staff Working Papers*, planification à long terme, Ministère de la Santé, Ottawa, mai 1976, p. 13. L'auteur montre la difficulté de construire au-delà des indicateurs, un seul indice de santé. Le plus simple est l'espérance de vie et, depuis un siècle, il y aurait eu peu de progrès (p. 9).

15. Special Planning Secretariat, *Fighting Poverty in 1966*, Ottawa, 1967. Comité spécial du Sénat, *La Pauvreté au Canada* (rapport Croll), Ottawa, 1971, 239 p.; Ian Adams et al., *The Real Poverty Report*, Edmonton, Hurtig Ltd., 1971, 255 p.; Glenn Drover, « Poverty and Health », polycopié, Montréal 1976, 20 p. L'information appréciable sur la lutte contre la pauvreté a profité à cette section. Voir enfin John Munro, *La Sécurité de revenu au Canada*, Ottawa, Santé nationale et bien-être social, 1970, 109 p. Ce livre blanc préconise comme mesure de lutte contre la pauvreté, « de remplacer les prestations universelles par des prestations sélectives... » (p. 2).

« distribuer » les soins médicaux de façon plus équitable entre riches et pauvres¹⁶. Au Québec, on retrouve la trace de cette même préoccupation dans le rapport Castonguay-Nepveu lorsqu'il fait part de la maldistribution de l'équipement et du personnel médical spécialement par rapport aux régions et aux catégories de faibles revenus¹⁷. Il y avait bien sûr d'autres raisons que la lutte contre la pauvreté pour motiver les interventions des gouvernements.

Au lieu d'élaborer une loi comme l'Economic Opportunity Act américain (1964), les divers niveaux de gouvernement au Canada adoptèrent diverses stratégies sur plusieurs fronts. Un premier front fut axé sur une redistribution des revenus en faveur surtout des pauvres et assistés sociaux. Un deuxième front, en vue de réduire les disparités régionales (MEER). Une troisième campagne fut les PIL, P.J., et H.N.¹⁸ Il y eut aussi une campagne de l'habitation destinée aux faibles revenus. Enfin il y eut diverses autres campagnes visant à offrir des services publics à la population y compris aux pauvres, comme par exemple les services médicaux universels.

Quel a été l'impact redistributif de ces diverses stratégies? Le bilan global de cette lutte contre la pauvreté¹⁹, et plus largement des politiques redistributives qui remontent à la dernière guerre, n'a pas encore été fait²⁰. Il convient de se limiter à deux stratégies directement liées au cercle vicieux pauvreté/maladie: d'une part, l'assurance contre la maladie et de l'autre, contre la pauvreté, les politiques de transfert.

2.1 IMPACT REDISTRIBUTIF DU SYSTÈME DE SOINS AUX MALADES

Le bilan du régime de soins aux malades n'a pas encore été fait au Canada. Force est d'élaborer des hypothèses. En l'absence d'enquête nationale canadienne, on peut faire une hypothèse en se référant au système universel anglais qui, parce qu'il date de 1949, a pu donner lieu à nombre d'études²¹. Par suite de l'instauration du système, il y a eu un déplacement significatif de la consommation des services médicaux des classes supérieures aux classes inférieures.

Au Canada, il y a trois études importantes, celle d'Enterline et al. sur le Montréal métropolitain, celle de Beck sur la Saskatchewan et celle de Manga sur l'Ontario. La recherche d'Enterline et al.²² mérite l'attention parce qu'elle a été faite avant (1969-70) et

16. Bernard Blishen, *Doctors and Doctrines*, Toronto, University of Toronto Press, 1969, p. 109 s.

17. Malcolm G. Taylor, « Quebec Medicare: Policy Formulation in Conflict and Crisis », *Canadian Public Administration*, vol. 15, n° 2, été 1972, p. 216.

18. Programmes d'initiatives locales (PIL), de perspective-jeunesse (PJ) et d'horizons nouveaux (HN) axés sur la création d'emplois respectivement pour chômeurs, étudiants et personnes âgées.

19. Des bilans de programmes particuliers existent, assez sévères. Sur les P. I. L., Eric Shragge, « Work Programs », *Canadian Welfare*, vol. 51, n° 2, 1975; Le Conseil national du bien-être social aussi les a critiqués en août 1974. Sur les dépenses du MEER dans les maritimes: G. Drover, « Social Development in the Atlantic Provinces », in *Atlantic Development*, Halifax, Dalhousie, 1974. Sur l'habitation, cf. *Federal Housing Task Force Report (Hellyer)*, On Housing and Urban Development, Ottawa, 1969.

20. Voir Michel Pelletier et Yves Vaillancourt, *Les Politiques sociales et les travailleurs*, cahier N° IV, Montréal 1974 (miméo). Selon ces auteurs, les grands programmes centralisés de transferts, de services médicaux et sociaux, auraient aussi pour fonction d'empêcher ou de retarder l'éventualité de l'indépendance en particulier du Québec, en renforçant le pouvoir central du pays.

21. Avant l'universalisation: W. P. D. Logan et A. A. Cushion, *Morbidity Statistics from General Practice*, vol. III, General Registrar Office, Londres, 1958. Après: John Charles, *Morbidity Statistics...*, même collection, 1962. Pour un bilan global: W. H. Stewart et P. E. Enterline, « Effects of the National Health Service on Physician Utilization and Health in England and Wales », *New England Journal of Medicine*, n° 265, 1961, p. 1187-94.

22. Philip E. Enterline et al. « The Distribution of Medical Services Before and After « Free » Medical Care », *New England Journal of Medicine*, 29 nov. 1973, vol. 289, n° 22, p. 1174-1178.

après (1971-72) la mise en vigueur de l'assurance-maladie au Québec, et permet de vérifier si le système a modifié l'utilisation des soins médicaux par classe sociale. L'étude se limite aux visites du médecin sous toutes ses formes. McDonald, McDonald et Enterline, dans l'article publié dans cette revue, indiquent les résultats par classes de revenu et confirment que, comme en Angleterre et en Alberta²³, les pauvres effectuent le plus de visites, en partie parce qu'ils sont plus malades et que l'assurance-maladie a écarté partiellement l'obstacle financier. D'autre part l'assurance-maladie réduit les visites parmi les revenus élevés, sans doute parce que la provision de services et l'allocation du temps des médecins sont limitées et que les nouveaux arrivés allongent les listes d'attente, ce qui pour les classes plus élevées peut paraître psychologiquement plus coûteux que pour les pauvres.

Cette étude appelle des réserves. Elle est locale. En outre la première recherche d'Enterline et al. (1969-70) fut effectuée après le programme d'assistance médicale, lequel facilita l'accès aux pauvres.

D'autre part, selon Manga²⁴, Enterline a tenu compte des visites du médecin à l'exclusion des visites aux patients hospitalisés et des visites aux cliniques des unités sanitaires. Ainsi son étude sousestime l'utilisation des services médicaux par les pauvres dans la période avant l'implantation de l'assurance-maladie. De plus, il est possible que le pauvre qui fréquentait l'unité sanitaire et l'hôpital avant l'implantation, se soit mis à fréquenter les médecins après l'implantation.

Quant à la seconde recherche (1971-72), elle se situe au tout début et reflète peut-être une surconsommation de ceux-là même que la contrainte financière avaient tenu jusque-là à l'écart. Les tableaux de Beck montrent qu'après six ans de régime en Saskatchewan, les faibles revenus après la hausse du début, utilisent un peu moins les *services en général*. Par contre, Beck au sujet des soins fournis par les omnipraticiens (visites surtout) montre qu'après un fléchissement, l'accès des pauvres tend à remonter avec le temps écoulé depuis l'instauration du système²⁵.

Une autre réserve: l'information sur la visite du médecin a été recueillie par référence aux deux semaines précédant l'interview. Cependant les résultats sont présentés sur une période annuelle. Cette conversion annuelle néglige par là même, selon Manga, le biais saisonnier.

Autre réserve: tout en reconnaissant l'augmentation du nombre de visites des pauvres, on peut s'interroger sur la valeur de la visite médicale comme indicateur de l'impact redistributif. Il y a d'autres indicateurs dont il serait bon de comparer l'impact. À noter par exemple, que la catégorie des revenus supérieurs consomme plus de soins dentaires. À Montréal, une recherche en cours^{26A} il est vrai très restreinte, a montré que 50% de l'assurance dentaire destinée aux enfants de moins de 9 ans, est accaparée par la catégorie des revenus supérieurs, qui ne représente que 10% de la population. La

23. S. Greenhill et D. Haythorne, *Health Care Utilization Patterns of Albertans 1968 et 1970: Final Report*, Edmonton, Département de médecine communautaire, Université d'Alberta, 1972.

24. Pran Manga, *The Income Distribution Effects of Public Medical and Hospital Insurance Programs in Ontario*, Ontario Economic Council, Toronto, juillet 1976, (recherche en cours), voir p. 52-53 et l'annexe G.

25. R. G. Beck, « Economic Class and Access to Physician Services under Public Medical Care Insurance », *International Journal of Health Services*, vol. 3, n° 3, 1973, p. 341-355, spécialement Fig. 4, p. 348.

26A. Recherche en cours sur l'assurance des soins dentaires, Montréal 1976, sous-contrat du Ministère des affaires sociales, Québec.

visite du dentiste serait en effet valorisée dans les classes aisées comme nécessaire alors qu'elle paraîtrait encore comme un luxe pour les pauvres. Le dentiste aurait tout intérêt d'autre part à se situer en milieu riche, et à privilégier les enfants de sa clientèle.

Enfin, l'étude de Manga sur le régime de soins aux malades de l'Ontario, aboutit à des résultats différents d'Enterline et al. Certes toute comparaison est difficile puisque les données, la période, la méthodologie, les techniques sont différentes. L'étude de Manga est beaucoup plus extensive puisqu'elle porte sur l'ensemble des services médicaux et non seulement sur les visites du médecin. Surtout elle diffère dans la façon de conceptualiser l'unité de population. Alors que la recherche d'Enterline définit comme unité chacun des membres d'une famille, les données de l'Ontario Health Insurance Plan (OHIP) utilisées par Manga, sont basées sur l'unité familiale, quel que soit le nombre de membre(s). Toute comparaison entre ces deux études est donc boiteuse. Cependant Manga a tenté un estimé au niveau de chacun des membres de chaque famille. Il l'a obtenu en prenant le nombre total des services consommés par une famille de tel revenu, et en le divisant par le nombre de membre(s) de cette famille (p. 102). Grâce à cette approximation, une comparaison devient possible avec Enterline.

TABLEAU IV
*L'utilisation et les coûts des services médicaux
par personne par famille, selon le niveau de revenu,
du 1^{er} avril 1974 jusqu'au 31 mars 1975, Ontario +*

Niveau de revenu de la famille	0— 3,999	4,000— 7,999	8,000— 13,999	14,000— 19,000	20,000 et plus	Revenu Inconnu	Test F
Services par personne par famille ×							
● nombre	11.21	9.80	8.72	8.21	7.81	11.87	3.28*
● coûts	98.96	81.42	84.12	80.39	79.78	132.89	2.86*

+ Les services comprennent visites, laboratoire, diagnostique, gynécologie, chirurgie mineure et majeure, et l'ensemble des autres soins. Les coûts sont l'ensemble des dépenses publiques couvrant ces différents services.

× L'échantillon est de 1290 unités familiales définies par l'OHIP. Un estimé de la consommation par personne par famille a été obtenu en prenant le nombre total des services consommés par une famille de tel revenu et en le divisant par le nombre de membre(s) de cette unité familiale.

* Le niveau de signification est de 0.05 et est basé sur un test bilatéral. Le test statistique F est dérivé de l'analyse de la variance. Degrés de liberté: 6-1 et 1290-6.

Source: Pran Manga, *The Income Distribution Effects of Public Medical and Hospital Insurance Programs in Ontario*, Ontario Economic Council, Toronto, July 1976, 311 p. (recherche en cours). Tableau 8, p. 111.

Le Tableau IV indique une relation négative: moindres sont les revenus familiaux, plus grande est l'utilisation des services de chacun des membres. Comme Enterline, Manga montre que l'utilisation est significativement plus élevée pour les membres de familles pauvres (moins de \$4,000). Là où cependant les deux auteurs se distinguent c'est au sujet de l'utilisation faite par les autres groupes de revenus. Pour Enterline, cette utilisation décroît significativement dans la mesure où le revenu familial s'accroît, tandis que pour Manga, il suffit de comparer les coûts des services entre les groupes de revenu de \$4,000. et plus, pour constater qu'il n'y a rien de significatif^{26B}. Même si

26B. La méthode de Manga permet en outre de comparer le variable revenu par rapport aux autres variables, et par ordre d'importance, de la situer au cinquième rang (p. 208-209). La méthode d'Enterline ne permet pas ce type d'évaluation.

sa recherche est encore en cours, Manga conclut qu'à l'exception du groupe des moins de \$4,000, le revenu n'est plus un facteur important d'utilisation des services médicaux et que cela tient probablement au fait que la distribution des soins s'est améliorée depuis l'implantation du régime universel de soins aux malades (p. 214).

Mais malgré tout, une question demeure: même à supposer que l'ensemble des études (Enterline, Manga) manifeste un impact quantitatif en faveur des pauvres, on peut se demander à la suite de Donabedian, si cet impact est qualitatif²⁷. Cette question de qualité est déterminante de l'efficacité des soins et donc de l'impact redistributif. Une consommation judicieuse et efficace requiert un certain niveau d'éducation selon Lefcowitz²⁸. C'est le facteur éducation qui en particulier rendrait compte de l'accent mis sur la prévention plutôt que sur le curatif²⁹. Boltansky³⁰ spécule que la maladie elle-même est perçue différemment selon les classes sociales. Les classes pauvres seraient prises par le quotidien, elles vivraient dans l'instant. La contrainte du travail et l'absence d'éducation pourraient selon l'auteur les empêcher de percevoir les symptômes annonciateurs de la maladie. Cette dernière ne serait perçue par eux que lorsqu'elles les frappe et les empêche de travailler.

Les autres classes, à l'inverse, percevraient la maladie comme l'aboutissement d'une lente dégradation. La maladie est alors ressentie comme ayant une histoire et une temporalité contre lesquelles il est possible de se préserver. Elles font beaucoup plus facilement appel à la médecine préventive, « soit qu'elles cherchent dans le présent, les signes avant-coureurs de maladies qui ne se sont pas encore manifestées brutalement, soit qu'elles se soumettent à un certain nombre de règles qui visent à les préserver de l'atteinte de la maladie³¹ ». Plusieurs études empiriques corroborent ces résultats³².

En somme, le régime de soins aux malades semble avoir un certain impact redistributif du moins au profit des très faibles revenus. Mais intuitivement, on se dit que la contrainte financière une fois levée grâce à l'assurance-maladie et à l'assurance-hospitalisation, d'autres contraintes demeurent qui contribuent à diminuer cet impact³³.

Les résultats débouchent sur une question fondamentale: la hausse de la consommation des soins médicaux chez les pauvres entraîne-t-elle à long terme, une amélioration de leur santé et un changement de leurs conditions de vie? On reste sans réponse. Cet impact reste donc ambigu. Cette ambiguïté tient à une situation globale qui déborde le champ de la santé et conduit à l'interrogation suivante: l'amélioration de l'état de santé d'une population ne passe-t-elle pas par des changements non directement liés

27. Avedis Donabedian, *Benefits in Medical Care Programs*, Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1976, 436, p. 9-31.

28. Myron J. Lefcowitz, « Poverty and Health: A Re-examination », *Inquiry*, n° 10, mars 1973, p. 3-13.

29. Thomas W. Bice et Al., « Socioeconomic Status and Use of Physician Services: A Reconsideration », *Medical Care*, 10, mai-juin 1972, p. 261-271.

30. Luc Boltansky, « Les usages sociaux du corps », *Annales, Économies, Sociétés et Civilisations* 26, n° 1, janv.-fév. 1971, p. 205-233.

31. *Id.* p. 221.

32. I. M. Rosenstock, « What Research in Motivation Suggests for Public Health », *American Journal of Public Health*, 50, 1960, p. 295-302; I. M. Rosenstock, « Why People Fail to Seek Poliomyelitis Vaccination », *Public Health Reports*, 74, 1959, p. 98-103.

33. Cette conclusion à vrai dire n'en est pas une. L'impact redistributif de soins médicaux ne saurait être traité de façon aussi rudimentaire, et aucune analyse « avantage-coûts » n'a encore été faite.

aux soins de santé³⁴, en particulier par l'élimination de la pauvreté et du cercle vicieux pauvreté/maladie? En conséquence, il convient de se demander si les politiques gouvernementales ont diminué la pauvreté au Canada.

2.2 IMPACT REDISTRIBUTIF DES DÉPENSES GOUVERNEMENTALES

Parmi les activités gouvernementales, on peut distinguer les dépenses publiques pour produire des biens et services, les simples transferts d'argent et le système fiscal. Quel est l'impact redistributif de chacune de ces activités?

2.2.1 Les dépenses publiques

Les points de vue sont contradictoires. En procédant par l'allocation des dépenses selon les tranches de revenu, Dodge, à la suite de Gillespie, montre qu'elles sont largement redistributives pour les familles et les individus dont les revenus sont inférieurs à \$4,000³⁵. Mais ces calculs sont établis à partir de présupposés qui au plan théorique avaient déjà été mis en cause par Aaron et McGuire³⁶. Ces derniers montrent que plus les gens ont des revenus élevés, plus ils bénéficient des biens publics. Ces résultats contradictoires tiennent à des optiques différentes: Dodge calcule les allocations de *dépenses* tandis que ces derniers tentent d'évaluer les allocations de *bénéfices*. La redistribution des dépenses n'est pas forcément convertible avec celle des bénéfices. Dans l'incapacité de réconcilier ces deux optiques, et à défaut de vérification empirique des présupposés, il est difficile actuellement de conclure.

2.2.2 Les paiements de transfert

Nul doute que le Canada a beaucoup augmenté ses paiements de transfert aux individus. Selon les estimés des Comptes nationaux, depuis 1951 les transferts sont passés de 4.9% du revenu personnel total à environ 8.5% de celui-ci en 1971, soit un accroissement proportionnel de près du double. Cependant ont-ils eu un impact redistributif? Le Tableau V indique par quintile, la répartition du revenu total, incluant les transferts.

Le Tableau V indique qu'en 1951, le 20% le plus bas de la population (soit le quintile inférieur) se partageait 4.4% du revenu total des familles et personnes seules alors que le 20% le plus élevé de la population (soit le quintile supérieur) se partageait 42.8% du revenu total. Or, en 1974, le partage reste aussi inégal sinon plus: le rapport entre les quintiles inférieur et supérieur est de 4.0% et 42.5%. Les inégalités de la répartition par quintiles n'ont pas diminué entre 1951 et 1974. Est-ce à dire qu'est nul l'impact redistributif des transferts malgré leur augmentation importante, qu'ils n'ont fait que reproduire l'inégalité existante des revenus, ou qu'ils n'ont fait que provoquer, dans la société, les réactions compensatoires de la part des corporations, des entreprises, des syndicats et des individus pour rétablir la distribution préexistante?

Horner et MacLeod ont poussé la recherche sur cette absence de changement en utilisant les données de l'Enquête sur les dépenses des consommateurs. Ils ont simulé une distribution hypothétique reproduisant la distribution de 1971, en réduisant les

34. Thomas McKeown, *The Major Influences on Man's Health*, communication inédite, août 1973; T. McKeown, « An Interpretation of the Modern Rise of Population in Europe », *Population Studies*, vol. XXVII, n° 3, nov. 1972, p. 345. Par ordre d'importance, l'auteur classe les principaux facteurs d'amélioration de la santé en Angleterre de la façon suivante: émergence de familles moins nombreuses, accroissement des données alimentaires, milieu public plus sain, mesures préventives et thérapeutiques particulières...

35. David A. Dodge, « Impact of Tax, Transfers, and Expenditure Policies of Government on the Distribution of Personal Income in Canada », *The Review of Income and Wealth*, series 21, n° 7, mars 1975, p. 1 à 52.

36. H. Aaron et M. McGuire, « Public Goods and Income Distribution », *Econometrica*, nov. 1970.

TABLEAU V
Répartition procentuelle du revenu total des familles
et personnes seules, par quintiles au Canada (1951-1974)
(Total par année = 100%)

Part du revenu total des familles et personnes seules	Quintile inférieur	Deuxième Q.	Troisième Q.	Quatrième Q.	Quintile supérieur
1951	4.4	11.2	18.3	23.3	42.8
1957	4.2	11.9	18.0	24.5	41.1
1961	4.2	11.9	18.3	24.5	41.1
1965	4.4	11.8	18.0	24.5	41.4
1969	4.3	11.0	17.6	24.5	42.6
1971	3.6	10.6	17.6	24.9	43.3
1973	3.9	10.7	17.6	25.1	42.7
1974	4.0	10.9	17.7	24.9	42.5

Sources: Enquête annuelle sur le revenu et les dépenses des consommateurs

— jusqu'en 1965 : *Revenu des familles et des particuliers non agricoles au Canada, certaines années, 1951-1965*, Stat. Can. Cat. 13-529.

— après 1965 : *Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu 1974*, juillet 1976. Stat. Can. Cat. 13-207. Les données englobent les revenus agricoles.

transferts (de 8.5% du revenu personnel en 1971) à la même proportion qu'en 1951 (soit 4.9% du revenu personnel). En utilisant le coefficient de Gini, ils montrent que si effectivement on avait exclu cette augmentation proportionnelle des transferts depuis 1951, l'inégalité de la distribution des revenus aurait augmenté d'environ 6%. Étant donné la rigidité du coefficient utilisé, ce pourcentage indique un impact redistributif non négligeable³⁷. Pourquoi alors cet impact redistributif des transferts ne réussit-il pas à améliorer la distribution du revenu total (ce qui paraît contradictoire)?

Les mêmes auteurs ont analysé plusieurs facteurs: l'augmentation des salaires, le changement de la structure d'âge, l'évolution de la population active, le changement du nombre de travailleurs par famille. L'hypothèse la plus plausible est le changement du nombre de travailleurs par famille. On constate qu'entre 1951 et 1971, le nombre de familles à travailleur unique a diminué de près de 20% alors que celui à deux travailleurs et plus, a augmenté de plus de 15%. En d'autres termes la venue des femmes sur le marché du travail ainsi que l'augmentation du nombre de personnes seules sans revenu (7%) ont accentué les inégalités de revenus entre les familles. Il reste à vérifier si l'augmentation tendancielle du chômage et la baisse de l'âge de la retraite n'ont pas accentué aussi l'inégalité en grossissant les rangs des faibles revenus, et si les différences de salaires n'ont pas joué étant donné le changement de la structure industrielle, et la force des syndicats.

Par rapport aux pauvres, on pourrait imaginer que l'impact redistributif est moins fort parce que les transferts sont surtout universels. Même là on pourrait dire que la hausse des revenus grâce aux transferts universels réduisent la pauvreté en rapprochant les pauvres du seuil de pauvreté et même en les élevant au-dessus du seuil. Mais Flaherty et Podoluk montrent qu'il n'en est pas ainsi parce que le seuil de pauvreté lui-même doit être et est effectivement haussé relativement à l'augmentation des revenus et des transferts³⁸.

37. K. Horner et N. MacLeod, *Changes in the Distribution of Income in Canada*, Ottawa, planification à long terme, bien-être social, mai 1975, 45 p. (polycopié), Tableau V-1, p. 31.

38. Jenny Podoluk, « Low Income and Poverty », in J. Harp et J. R. Hopley (edit.), *Poverty in Canada*, Scarborough (Ont.), Prentice Hall Ltd., 1971, p. 306.

Quant à savoir lequel de ces transferts est le plus distributif, Horner et McLeod montrent dans une recherche en cours³⁹ qu'en 1973, le programme le plus distributif est un programme universel: celui de la sécurité-vieillesse (PSV) incluant le supplément de revenu garanti (SRG) parce que le plus fort pourcentage des faibles revenus se trouve parmi les personnes âgées. Il est de beaucoup le plus redistributif: plus que l'aide sociale, étant donné l'importance considérable de son budget; plus que l'assurance-chômage car des études récentes du Conseil Économique du Canada tendraient à démontrer que l'assurance-chômage se distribue à l'avantage des classes moyennes⁴⁰.

2.2.3 Effet de la fiscalité

Jusqu'ici il s'est agi de revenu avant impôt. Or le système des impôts directs et indirects accentue-t-il l'effet distributif? Maslove, alors qu'il était au Conseil Économique du Canada, a montré qu'en 1969, le total des taux moyens effectifs d'impôts basés sur les revenus de toutes provenances (incluant donc les transferts) était de 49% pour la tranche des revenus en-dessous de \$2,000, tandis qu'il était de 40% pour la tranche des revenus au-dessus de \$15,000⁴¹. À première vue, cette régression est étonnante puisque l'impôt fédéral et provincial sur les revenus personnels se devrait d'être progressif. Mais il y a bien d'autres taxes: impôt foncier, taxes de vente et d'accise, taxes sur les profits des corporations supportées par le consommateur, etc. Maslove montre que leur somme est régressive: les très pauvres paient proportionnellement plus de taxes que la catégorie des \$15,000 et plus⁴².

En somme, il est difficile de saisir jusqu'à quel point la pauvreté a été modifiée. L'OCDE dans un rapport de juillet 1976⁴³, indique que les dépenses sociales des pays développés se sont accrues en moyenne, pour l'ensemble des 10 dernières années à un taux supérieur de 40% aux taux de croissance de la production intérieure brute (PIB). Au Canada, de 1962 à 1973, la *pauvreté absolue* (définie comme manque de biens de première nécessité) a régressé de 13.2%. Cependant cette amélioration n'as guère de rapport avec le degré de pauvreté relative, celles des personnes qui ne bénéficient pas de la qualité de la vie dont jouissent la majorité des citoyens. Selon le rapport, même si la pauvreté absolue a diminué, le Canada est un des seuls pays où la pauvreté relative s'est accrue (2.5%)⁴⁴.

D'où trois conclusions. En ce qui concerne les *dépenses publiques productives*, l'effet redistributif est problématique. Les seules évidences empiriques de redistribution au profit des pauvres, sont peut-être celles dont on a fait état au sujet des soins médicaux.

39. K. Horner et N. MacLeod, recherche en cours, Ottawa, Planification à long terme, Bien-être social.

40. D. W. Henderson et Robin Rowley, recherche en cours sur l'assurance-chômage, Conseil économique du Canada.

41. Allan M. Maslove, *The Pattern of Taxation in Canada*, Ottawa, Conseil Économique du Canada, 1973, voir Tableaux A.1, 2.3, D.2 et Graphique 5-1; pour la synthèse, p. 65.

42. Le Rapport du comité spécial du sénat: *La Pauvreté au Canada*, Ottawa 1971, indique, à la suite de l'étude d'Irwin Gillespie: « The Incidence of Taxes and Public Expenditures in the Canadian Economy », étude n° 2, Commission d'enquête sur la fiscalité 1966, — un phénomène semblable de fiscalité régressive (Tableau 18, p. 50). Cette même régressivité a été établie par Jenny Podoluk, « Low Income and Poverty », in J. Harp et J. R. Hofley (edit.), *Poverty in Canada*, Scarborough (Ont.), Prentice-Hall, 1971, p. 285. Mais ces chiffres sont prélevés avant le versement des transferts et sont donc inutilisables ici car ce qu'il s'agit de voir, c'est dans quel sens l'impôt affecte le revenu une fois les transferts inclus.

43. Recension déjà citée de J. P. Dumont, *Sélection hebdomadaire du journal « Le Monde »*, 5-11 août 1976, p. 8.

44. *Le 13^e exposé annuel du Conseil économique du Canada*, Ottawa, déc. 1976, confirme cette augmentation de la pauvreté.

Les *paiements de transfert* ont un effet redistributif certain mais cet impact a été amenuisé par l'effet contraire de facteurs en particulier démographiques.

Enfin le *système fiscal* n'arrive pas à renforcer l'impact redistributif. De son côté, l'impôt des corporations est transmis aux consommateurs sous forme de prix plus élevés. D'autre part, l'ensemble des impositions aux individus est régressif pour la tranche inférieure des revenus et proportionnelle pour les autres tranches. Ainsi il n'y a aucune évidence que les inégalités de revenus diminuent et que le cercle vicieux pauvreté/maladie soit brisé. Un rapport récent dénonce même « un régime caché d'assistance sociale » à tous sauf aux faibles revenus⁴⁵.

COMMENTAIRE

La seconde partie du texte tend à montrer que les gouvernements des démocraties libérales ne se reconnaissent pas le mandat de bousculer la structure sociale et économique. Les politiques qui viennent d'être considérées, ont parmi leurs objectifs déclarés, celui de redistribuer plus équitablement les revenus et les soins médicaux. En fait elles ont indéniablement un impact redistributif en se référant à l'expérience de simulation de Horner/McLeod. Mais compte tenu de l'effet contraire d'autres facteurs, elles arrivent à peine à maintenir à peu près la même distribution⁴⁶. Certes les milliards distribués profitent à tous, y compris aux pauvres, mais les inégalités relatives persistent.

Faudrait-il des politiques plus sélectives? Il y a des raisons politiques et administratives pour que les programmes de revenus et de services soient *universels*: ceux qui paient y trouvent leur compte et se révoltent moins du fait que la fraction qui ne paie pas pour ces programmes, les partage. Aussi l'opinion s'est répandue que la meilleure politique pour améliorer les conditions et les revenus des pauvres est celle qui assure des prestations à tous. Une confirmation vient des E. U. On a voulu procéder par programmes *sélectifs* de soins médicaux (« medicaid » aux assistés et « medicare » pour les retraités). Les systèmes ont des critères de sélection aléatoires, ont une efficacité douteuse, sont coûteux et surtout sont difficilement contrôlables⁴⁷. Aussi aux E. U., on admet couramment qu'un programme pour pauvres est un pauvre programme. — Ce slogan pourrait être satisfaisant si l'universalité n'était pas si coûteuse et si les éléments d'un cercle vicieux pauvreté/maladie n'étaient pas toujours là. Aussi on ne peut se cacher que l'impact global de nos politiques à la fois sélectives et universelles, est faible du point de vue de la redistribution. La pierre d'achoppement du système social est que l'équilibre des écarts n'a pas changé. Il y a des lois qui tendent à le maintenir. Quelles sont ces lois? Telle est la recherche à faire.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le rapport Beveridge au début des années 40 avait cru que l'établissement d'un système médical universel diminuerait les coûts justement parce qu'il devait améliorer la santé des gens. Force est de constater dans les années '70 que tel n'est pas le cas: les

45. Conseil national de bien-être social, *Le Régime caché d'assistance sociale*, Ottawa, nov. 1976, rapport qui dénonce les régimes enregistrés d'épargne-retraite et d'épargne-logement, inaccessibles aux non-épargnants.

46. S. M. Miller et Martin Rein, « La redistribution des revenus », *Sociologie et Sociétés*, vol. 4, n° 2, nov. 1972, p. 249-273.

47. Daniel Chu et al., « Inside the Medicaid Mills », *Newsweek*, 6 sept. 1976, p. 18.

coûts de soins aux malades se sont élevés sans diminuer les facteurs risques de maladie et d'accidents, en particulier des pauvres. L'impasse, c'est que le cercle vicieux pauvreté/maladie est toujours là et risque d'être là pour un certain temps.

Il importe donc de réviser cette politique. Puisque c'est le cercle vicieux qui fait toujours problème, reconsidérons-le à la lumière de l'argument que nous venons de développer et dont voici le raccourci.

Premier point: d'après les études citées au début, il y aurait des inégalités de santé selon les classes sociales.

Deuxième point: puisque les pauvres sont plus susceptibles d'être malades pour les raisons déjà évoquées, la question est de savoir si les régimes de soins médicaux servent davantage les pauvres. La réponse est ambiguë. Ces derniers visitent plus fréquemment le médecin (Enterline), ils consomment plus de services (Manga). Mais il y a des indications qu'ils n'en bénéficient pas autant que les autres à cause de leurs conditions de vie et de travail, à cause de difficultés d'accès, à cause de leur manque d'éducation, de prévention et parfois à cause de la moindre qualité du traitement.

Troisième point: puisqu'ils bénéficient moins des soins médicaux du fait qu'ils sont pauvres, c'est bien les causes de la pauvreté qui doivent devenir la cible. La question se déplace de la santé à la pauvreté: elle est de savoir si l'ensemble des politiques sociales, y compris le système fiscal, arrivent à diminuer la pauvreté. La réponse n'est pas nette. La pauvreté absolue a diminué; la pauvreté relative a augmenté; et cela sans constater des rapports très clairs entre ces phénomènes et les budgets énormes de politiques sociales dites « redistributives ».

Qu'en conclure? Il serait ridicule de revenir en arrière, avant le rapport Beveridge. Comment plutôt aller au-delà? La *Nouvelle perspective de la santé* suggère une réponse qui pourrait s'étendre au domaine social. Pour améliorer la santé au-delà des soins médicaux, elle tente de s'attaquer aux facteurs de risques. De même pour diminuer la pauvreté, il faudrait tenter d'aller au-delà des politiques redistributives. Celles-ci n'arrivent pas à compenser la maldistribution du travail, du revenu et du pouvoir. Pour diminuer la pauvreté et améliorer indirectement la santé, la tâche serait de réduire les inégalités de distribution. Pour les réduire, une tâche plus fondamentale est d'identifier ces lois qui tendent à maintenir l'équilibre de ces inégalités séculaires⁴⁸.

RÉSUMÉ

Le document gouvernemental *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* donne l'impression de traiter la « population » canadienne comme si toutes les classes sociales étaient exposées aux mêmes conditions de risques. La première partie de la présente recherche, en se référant aux taux de mortalité et à l'espérance de vie, montre des inégalités de santé selon les différentes classes sociales. La seconde partie montre que les politiques voulant remédier à ces inégalités, en particulier les programmes de soins aux malades, de lutte contre la pauvreté et les paiements de transferts ont eu un impact redistributif, mais compte tenu de l'effet contraire d'autres facteurs, un impact assez faible. Il semble que l'on ait quelque difficulté au Canada à briser le cercle vicieux pauvreté/maladie.

48. Pour une conviction pessimiste, voir Maurice Allais, « Classes sociales et civilisations », *Economies et Sociétés*, Cahiers de l'I. S. E. A., série H. S., n° 17, Paris, 1974, p. 285-377. En revanche, pour une conviction optimiste, il serait peut-être utile de s'inspirer encore de Beveridge, en allant cette fois, au-delà de son rapport, à son livre sur le plein emploi: William H. Beveridge, *Full Employment in a Free Society*, New York, Northern Ltd., 1945, 429 p. Ce n'est sans doute pas un hasard qu'après son rapport instaurant des politiques redistributives, Beveridge ait abouti à des mesures socio-économiques de distribution. — Pour une approche plus récente, voir la série d'articles sur « Capitalisme et inégalités » dans *Le Monde Diplomatique*, juillet et août 1976, qui examine la nature, les causes, l'utilité et les injustices de ces inégalités de distribution aux États-Unis.

SUMMARY

The government document *New Perspectives on the Health of Canadians* gives the impression that it treats the Canadian « population » as if all social classes are exposed to the same conditions and risks. The first section of the present investigation, in addressing itself to the questions of mortality rates and life expectancy, demonstrates the existence of health inequalities according to different social classes. The second demonstrates that policies aimed at remedying these inequalities, in particular the programmes concerning the care of patients, the fight against poverty and transfer payments, have had some impact upon redistribution, but, bearing in mind the adverse effect of other factors, their impact has been quite weak. It seems that it will be quite difficult to break the vicious circle of poverty and sickness in Canada.

RESUMEN

El documento gubernamental: *Nueva perspectiva de la salud de los canadienses*, da la impresión de tratar la « población » canadiense como si todas las clases sociales estuvieran expuestas a las mismas condiciones de riesgos. La primera parte de la presente investigación, haciendo referencia a las tasas de mortalidad y a la esperanza de vida, muestra las desigualdades en la salud según las diferentes clases sociales. La segunda parte muestra que las políticas que tratan de remediar a esas desigualdades, en particular los programas de atención de enfermos, de lucha contra la pobreza y los pagos de transferencias, han tenido un impacto redistributivo, aunque bastante débil a causa del efecto contrario de otros factores. Parece que en Canada hay una cierta dificultad para romper el círculo vicioso pobreza/enfermedad.