Marc Ferland,
Direction de la santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ;
Ginette Paquet, Ministère de la Santé et des Services sociaux ;
avec la collaboration de France Lapointe, Bureau de la statistique du Québec

(1995)

“Liens entre le statut socio-économique et la santé”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca
Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Marc Ferland, Ginette Paquet, avec la collaboration de France Lapointe,

"Liens entre le statut socio-économique et la santé".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2.** Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Marc Ferland,
Direction de la santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ;
Ginette Paquet, Ministère de la Santé et des Services sociaux ;
avec la collaboration de France Lapointe, Bureau de la statistique du Québec

“**Liens entre le statut socio-économique
et la santé**”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2**. Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

Table des matières

5.0	<u>Introduction</u>
5.1	<u>État des connaissances</u>
5.1.1	<u>Persistance des inégalités sociales de santé</u>
5.1.2	<u>Mobilité sociale sélective</u>
5.1.3	<u>Répartition de la richesse collective</u>
5.2	<u>Aspects méthodologiques</u>
5.2.1	<u>Description des variables</u>
5.2.2	<u>Plan d'analyse</u>
5.3	<u>Résultats</u>
5.3.1	<u>Variations des nouvelles mesures du statut socio-économique selon certaines caractéristiques démographiques</u>
5.3.2	<u>Comparaison des mesures du statut socio-économique</u>
5.3.3	<u>Liens entre la santé, certains facteurs liés à la santé et les nouvelles mesures du statut socio-économique</u>
5.3.4	<u>Analyse multivariée des liens entre la santé et le statut socio-économique</u>
5.4	<u>Conclusions</u>
5.4.1	<u>Synthèse et pistes de recherche</u>
5.4.2	<u>Éléments de réflexion pour la planification</u>
5.5	<u>Références bibliographiques</u>

Marc Ferland,
Direction de la santé publique,
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ;
Ginette Paquet, Ministère de la Santé et des Services sociaux ;
avec la collaboration de France Lapointe, Bureau de la statistique du Québec

“**Liens entre le statut socio-économique et la santé**”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume 2**. Chapitre 4, pp. 81-112. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 196 pp.

5.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Depuis plus de vingt ans, une constante se dégage de nombreux travaux québécois, dont ceux de l'enquête Santé Québec 1987 : celle de la persistance d'écarts importants en matière de santé et de bien-être entre les mieux nantis et les plus démunis. Dans l'ensemble, la situation socio-sanitaires des Québécoises et des Québécois s'est certainement améliorée. Tous n'ont cependant pas profité de ces gains, et le statut socio-économique s'avère toujours un déterminant majeur de l'état de santé et de bien-être de la population. La persistance et l'importance de cette relation entre le niveau socio-économique et l'état de santé et de bien-être révèlent, dans une certaine mesure, le succès mitigé de plusieurs programmes visant à réduire ces inégalités. Les Québécois ayant un faible niveau d'instruction et de revenu présentent plus de problèmes de santé, de problèmes d'intégration sociale et de décès prématurés que les autres.

La persistance de ces inégalités justifie l'intérêt d'étudier les relations entre le statut socio-économique et la santé des Québécois, dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. C'est précisément le but du présent chapitre, qui comporte deux grands objectifs.

Le premier vise à améliorer et à diversifier la façon de mesurer le statut socio-économique, afin de dépasser les limites de la première enquête de Santé Québec en 1987. Dans le cadre de celle-ci et d'autres enquêtes, le statut socio-économique était défini par le revenu déclaré et la scolarité, ou par des indices dérivés de ces deux mesures. Les aspects pris en compte par le revenu déclaré et la scolarité ne concernent cependant que quelques-unes des facettes de la stratification sociale, en plus de présenter certaines limites. Ainsi, lors de l'analyse des résultats de l'enquête de 1987, il était impossible de différencier les personnes âgées de 65 ans et plus les unes des autres ; elles formaient un ensemble homogène sur le plan socio-économique. De plus, les questions sur le revenu familial ou personnel suscitent habituellement de nombreux refus de répondre, ce qui limite les possibilités d'analyse. Afin de mieux refléter l'inégale répartition de la richesse collective québécoise, on utilisera ces deux mesures habituelles de stratification sociale, en plus d'en présenter de nouvelles : la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté, le patrimoine du ménage et l'exclusion du marché du travail. Du point de vue méthodologique, cela permettra l'examen des relations entre ces différents indicateurs, de leur spécificité et de leur utilité respective.

Le second objectif est de préciser la nature du lien entre le statut socio-économique et la santé des Québécois. Plus précisément, il s'agit d'examiner si les écarts de santé s'observent entre chacun des niveaux de la hiérarchie sociale - on parlera alors de gradients sociaux de santé - ou s'ils ne font la distinction qu'entre les riches et les pauvres. La description de ces gradients sociaux devrait permettre de mieux comprendre la manière dont la situation sociale est liée à l'état de santé et au bien-être de la population.

Deux composantes de la santé et du bien-être de la population québécoise serviront à l'étude des liens entre le statut socio-économique et la santé, soit la perception qu'ont les individus de leur état de santé et leur niveau de détresse psychologique. Parce que l'état de santé n'est pas exclusivement déterminé par le statut socio-économique, l'analyse fera état des liens entre le statut socio-économique et certains facteurs de risque ou de protection généralement associés à la santé. Finalement, les relations entre le statut socio-économique et l'état de santé seront réexaminées en tenant compte des facteurs de confusion possibles, dans le cadre d'analyses multivariées.

5.1 État des connaissances

5.1.1 Persistance des inégalités sociales de santé

[Retour à la table des matières](#)

On étudie depuis longtemps le rapport entre un mauvais état de santé et l'appartenance aux couches défavorisées de la population. Des différences d'état de santé entre divers groupes socio-économiques ont été rapportées périodiquement depuis le début du siècle dernier. Bien que les premiers constats aient été basés sur des études de la mortalité, des conclusions similaires s'accumulent en ce qui a trait à la morbidité.

Dans la plupart des pays industrialisés, on observe des inégalités sociales marquées de l'état de santé des populations, qui se mesurent en espérance de vie, en mortalité, en incapacité et en incidence ou prévalence de maladies spécifiques. Ces écarts sont liés en partie aux facteurs sociaux, économiques et culturels, puisque dans la plupart des sociétés modernes, l'instauration de systèmes publics de santé a diminué les contraintes financières et amélioré l'accès aux services de san-

té. Malgré cela, comme par le passé (Morris, 1959), les personnes riches vivent encore plus longtemps et en meilleure santé que les personnes pauvres (Smith *et al.*, 1990). Ces écarts sont particulièrement prononcés pendant la période périnatale et à l'âge adulte, entre 35 et 55 ans (House *et al.*, 1990). Bien que l'évolution de la technologie et de la connaissance des facteurs de risque ait amélioré la capacité de prévention et de traitement des maladies, cela n'a pas pour autant permis de réduire les disparités de santé entre les classes sociales.

Selon les études les plus récentes, la relation entre le statut socio-économique et la santé ne serait pas uniquement attribuable à une extrême privation au bas de l'échelle sociale. On observe, en effet, dans plusieurs pays que les différences de santé entre les classes sociales sont progressives et ne présentent pas de point de rupture (ICRA, 1991). Les personnes appartenant à une couche socio-économique supérieure sont, dans l'ensemble, en meilleure santé que celles qui se trouvent à l'échelon précédent, même si ces dernières occupent un échelon plus élevé que le reste de la population pour ce qui est du revenu et du rang social (Curtis *et al.*, 1989). On parlera alors de gradient social de santé.

Plusieurs travaux de recherche effectués au Canada et au Québec ont démontré l'existence d'écarts de santé et de gradients entre les classes sociales. Ainsi, une étude canadienne a montré que pendant les douze années qui précèdent la retraite, plus le revenu d'un homme est élevé, plus grandes sont ses chances de vivre longtemps (Wolfson *et al.*, 1991). En milieu urbain, les Canadiens de quartiers plus riches peuvent espérer jouir en moyenne de douze années de vie en bonne santé de plus que les personnes de quartiers pauvres (Wilkins *et al.*, 1990).

Au Québec, comme l'ont démontré divers travaux (Ferland et Paquet, 1994), dont l'enquête Santé Québec 1987 (Colin *et al.*, 1989), on constate encore des disparités importantes, en dépit d'une baisse notable des indices de mortalité et de morbidité. À Montréal, par exemple,

un écart de dix ans sépare l'espérance de vie des populations de quartiers favorisés et défavorisés (Choinière, 1991). L'écart entre riches et pauvres atteindrait 14,4 ans pour l'espérance de vie en bonne santé, qui tient compte de la durée et de la qualité de vie (Wilkins, 1986).

Au Canada et au Québec, des différences selon le statut socio-économique subsistent en ce qui concerne l'état de santé déclaré, l'accès aux ressources, et certaines connaissances et croyances reliées à la santé. Il en est de même pour certains facteurs de risque. Ainsi, à l'instar de l'usage du tabac, la prévalence de l'inactivité physique diminue à mesure que l'éducation augmente ; l'embonpoint, par ailleurs montre un lien moins marqué avec l'éducation. Entre 1985 et 1991, seul l'écart de la prévalence de l'inactivité physique durant les loisirs aurait diminué entre les groupes socio-économiques ; dans le cas de l'usage du tabac, l'écart se serait accru, alors que pour l'embonpoint, il aurait augmenté chez les hommes seulement (Manga, 1993).

L'analyse de la relation entre le revenu et la santé révèle que la santé s'améliore lorsque le revenu augmente, peu importe les habitudes de vie (Warren, 1994). De fait, cette relation existe aussi bien chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, chez ceux qui font de l'exercice régulièrement que chez les inactifs, et chez ceux qui ont une éducation post secondaire que chez les moins instruits. Quant à la scolarité, elle semble liée à la santé principalement de deux façons : d'une part, elle atténuerait certains effets de la pauvreté sur la santé, sans pour autant les éliminer ; d'autre part, elle aurait un effet distinct sur la santé, ce qui expliquerait que les personnes plus scolarisées ont une meilleure santé, peu importe leur revenu et leurs habitudes de vie.

On a également étudié les effets du chômage sur la santé. Une synthèse des travaux de recherche, réalisée sous la direction de l'Organisation mondiale de la Santé, conclut « qu'un taux élevé de chômage et l'instabilité économique entraînent une augmentation significative des problèmes de santé mentale et ont des effets nuisibles non seulement

sur la santé physique des chômeurs, mais également sur celle de leur famille et de la collectivité » (Westcott *et al.*, 1985).

En somme, si les principales causes de maladie ont changé d'une époque à l'autre, les écarts de mortalité et de morbidité entre les classes socio-économiques paraissent, quant à eux, assez stables sur une longue période. Cela suppose que des facteurs sous-jacents influencent la prédisposition aux maladies et agissent durant des décennies, même au fil de plusieurs générations. Des facteurs de risque généraux sont donc en cause, qui vont au-delà des facteurs de risque individuels (Hertzman *et al.*, 1990).

5.1.2 Mobilité sociale sélective

[Retour à la table des matières](#)

On pourrait soutenir que le lien entre une mauvaise santé et la pauvreté est de causalité inverse, c'est-à-dire que les différences entre les classes sociales s'expliqueraient par le fait que les personnes malades deviennent pauvres par suite de leurs problèmes de santé, et non parce que les personnes pauvres sont davantage malades. En d'autres mots, la maladie serait à l'origine d'une mobilité sociale descendante, et la santé, la source d'une mobilité sociale ascendante dans une population donnée, ce qui expliquerait les taux plus élevés de morbidité et de mortalité parmi les classes sociales défavorisées.

La mobilité sociale sélective, en dépit de son lien avec la santé, n'est pas la principale source d'explication des différences de classe en matière de santé (Power *et al.*, 1991). En fait, selon plusieurs études longitudinales (Wilkinson *et al.*, 1986), la mobilité sociale survenant au cours de la vie d'un individu contribue peu aux disparités des taux de mortalité entre les classes sociales. Bien que la mobilité sociale descendante consécutive à un mauvais état de santé existe, les person-

nes affectées sont trop peu nombreuses pour avoir une influence majeure sur le portrait global.

Une étude britannique portant sur une cohorte de naissance de 1946 s'est intéressée à la mobilité sociale sélective. On n'y souligne aucune influence notable de la maladie dans l'enfance ayant pu causer une mobilité sociale descendante au début de l'âge adulte et, en définitive, des inégalités sur le plan de la santé et de la mortalité. Les experts britanniques soutiennent que les différences de santé associées aux disparités socio-économiques sont davantage sous-évaluées, à cause de la nature hétérogène de la classification des emplois, que surévaluées en raison d'une mobilité sociale sélective (Wilkinson *et al.*, 1986 ; ICRA, 1991). Les différences d'espérance de vie entre les classes sont donc, selon eux, plus grandes que les données de mortalité ne le suggèrent. Ils estiment en outre que ces différences ont augmenté au Royaume-Uni depuis 1951 et que les écarts entre les classes se sont accrus un peu plus rapidement pour les causes de décès dont on sait que le taux de mortalité est lié à l'accès aux soins de santé.

5.1.3 Répartition de la richesse collective

[Retour à la table des matières](#)

On reconnaît aisément l'existence de corrélations entre le produit national brut par habitant et des mesures de l'état de santé comme l'espérance de vie. Il faudrait également examiner les liens entre le degré d'équité de la distribution du produit national et la santé (Wilkinson, 1992), car les données disponibles suggèrent que la répartition de la richesse collective a un effet important sur l'espérance de vie (Wilkinson *et al.*, 1986). Les populations des pays et des régions prospères qui atteignent une équité raisonnable de la distribution du revenu vivent plus longtemps et montrent de plus faibles écarts de santé selon leur statut socio-économique (Keating et Fraser Mustard, 1993).

Au Japon, l'espérance de vie à la naissance s'est accrue, entre 1955 et 1986, de 63,6 à 75,2 ans pour les hommes, et de 67,8 à 80,9 ans pour les femmes (Marmot et Smith, 1989). La part du produit national brut que le Japon consacre au système de santé est pourtant l'une des plus basses parmi les pays développés. Ce pays, qui a connu la plus forte croissance économique au cours des dernières décennies, est aussi celui où les écarts de revenus entre riches et pauvres sont les plus faibles.

Quelle est la richesse collective au Québec et au Canada, et surtout, comment celle-ci est-elle répartie ? Le niveau de vie du Québécois moyen se situait, en 1990, au 7^e rang des pays industrialisés, derrière celui des États-Unis, de la Suisse, du reste du Canada, du Luxembourg, de l'Allemagne et du Japon, mais devant celui de la France, de la Suède, de l'Italie et de la Grande-Bretagne (Crémieux *et al.*, 1994). Cette même étude indique aussi une augmentation importante des inégalités de revenu depuis une quinzaine d'années dans la plupart des pays industrialisés. Le phénomène est particulièrement marqué chez nos voisins du sud, et le Canada n'a pas échappé au courant. D'après les données disponibles, le quintile (20%) le plus riche des familles canadiennes s'est accaparé de 90% de l'augmentation du revenu moyen au cours des années 80. La forte hausse des taux d'intérêt et des revenus de propriétés depuis 1980 est une explication importante de la hausse des inégalités de revenu, de même que les gains salariaux. Au Canada, l'inégalité croissante des salaires découlerait principalement de la répartition disproportionnée des heures travaillées plutôt que des taux de salaires horaires (contrairement aux États-Unis). La polarisation accrue des heures travaillées ne dépendrait pas tant de l'augmentation du travail à temps partiel que de la hausse remarquable de la proportion de salariés travaillant plus de 40 heures par semaine.

Malgré une prospérité relative, le Québec ne semble pas échapper à la tendance générale à l'augmentation des écarts de revenu. Ce sur-

vol des connaissances rappelle la persistance du lien entre le statut socio-économique et la santé, et souligne que les habitudes de vie ou la mobilité sociale sélective ne sauraient à elles seules expliquer les inégalités de santé. Ces dernières persistent et affecteraient non pas une minorité de personnes de classes défavorisées, mais l'ensemble de la population. Elles prennent alors la forme d'un gradient social de santé.

5.2 Aspects méthodologiques

5.2.1 Description des variables

Nouvelles variables du statut socio-économique

[Retour à la table des matières](#)

Dans nombre d'études et d'enquêtes, on utilise la suffisance de revenu, basée sur le revenu déclaré, pour définir le statut socio-économique. Au Québec et au Canada, comme dans les autres pays industrialisés, l'insuffisance de revenu est relative, puisqu'elle est définie par rapport au niveau de bien-être d'un milieu social donné (Languis, 1987 ; Piachaud, 1987). Être pauvre signifie un manque d'accès à des biens et à des services de base, ainsi qu'à des possibilités qui sont communément accessibles aux groupes plus favorisés de la population. Cette approche est celle utilisée par Statistique Canada pour l'élaboration des indices de suffisance de revenu (Spector, 1992 ; Wolfson et Evans, 1992).

Malgré son intérêt, le niveau de revenu mesure uniquement la pauvreté pécuniaire. Il faut tenir compte d'autres aspects pour avoir une idée plus juste et plus complète du statut socio-économique. Quatre nouvelles variables ont été élaborées dans le cadre de la présente en-

quête : la perception de sa situation financière, la durée de la pauvreté, le patrimoine du ménage et l'exclusion du marché du travail.

Perception de sa situation financière

Certains affirment que les variables déduites de la perception de sa situation financière sont aussi valides, sinon plus, que les mesures basées sur les revenus déclarés (Hagenaars, 1992 ; Van Praag *et al.*, 1982). D'autres soutiennent qu'on ne peut juger convenablement de la pauvreté que grâce à une connaissance personnelle, c'est-à-dire autrement que par l'intermédiaire des relevés statistiques (Dufresne, 1994).

Pour la présente enquête, on a conçu une variable de la perception subjective de la situation financière personnelle. Elle est élaborée à partir des réponses obtenues auprès des personnes de 15 ans et plus à la question suivante (QAA190) : « Comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge ? »

- « Je me considère à l'aise financièrement »
- « Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille »
- « Je me considère pauvre »
- « Je me considère très pauvre »

Cette nouvelle variable, contrairement aux mesures élaborées uniquement à partir des revenus déclarés, devrait prendre en compte certains éléments comme l'endettement, l'entraide, le troc, le travail au noir et l'évasion fiscale.

Durée de la pauvreté

Certaines données tendent à accréditer la thèse voulant qu'il existe, au Québec, des variations importantes sur le plan de la santé entre différentes catégories de personnes pauvres, en insistant sur les particula-

rités de la vie en milieu d'extrême pauvreté (Colin *et al.*, 1992). Dans la présente enquête, une nouvelle question portant sur la durée de la pauvreté permettra de comparer l'état de santé des personnes qui vivent dans une situation de pauvreté chronique à celles des individus pauvres dont la situation est plus transitoire.

La durée de la pauvreté est estimée par les répondants qui ont déclaré être pauvres ou très pauvres à la question sur la perception de la situation financière personnelle. La question sur la durée de cette situation se lit comme suit : « Depuis combien de temps vous percevez-vous dans cette situation ? » (QAA191)

- « Moins d'un an »
- « Entre 1 et 4 ans »
- « 5 ans et plus »

Patrimoine du ménage

Afin de mieux cerner la répartition inégale de la richesse collective au Québec, on a élaboré un indice pour estimer le patrimoine d'un ménage à partir de la combinaison des réponses aux questions (QAA186 et QAA189) relatives au statut résidentiel (propriétaire ou locataire du logement habité) ainsi qu'aux revenus de placement (obligations d'épargne, REÉR, certificats de dépôt, actions).

Le patrimoine du ménage est considéré comme supérieur si le ménage compte, parmi ses membres de 15 ans et plus, au moins une personne qui est propriétaire et au moins une personne qui a des revenus de placement. Un patrimoine moyen correspond aux ménages satisfaisant à une seule de ces conditions, alors qu'un patrimoine inférieur signifie qu'aucun membre ne répond à aucune de ces conditions. Tous les individus d'un même ménage ont un classement identique. Ajoutons que les ménages ayant un patrimoine supérieur ne sont pas nécessairement tous très fortunés, puisqu'on ignore la valeur des propriétés et de l'épargne qu'ils détiennent, ainsi que leur niveau d'endettement.

Exclusion du marché du travail

L'indice d'exclusion du marché du travail a été élaboré dans le but de déterminer et de décrire les liens entre l'exclusion du marché du travail au Québec et la santé. Le niveau d'exclusion au cours de l'année ayant précédé l'enquête ne s'applique qu'aux individus âgés de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi. L'information est obtenue auprès de la personne de référence du ménage et combine les données tirées de trois questions (QRI147, 148 et 149). On distingue trois niveaux d'exclusion : les personnes n'ayant pas travaillé pendant l'année ayant précédé l'enquête ; les personnes qui ont connu au moins une interruption de travail, variant de un jour à onze mois, consécutifs ou non, excluant les vacances ; les personnes qui ont travaillé toute l'année, peu importe le nombre d'emplois.

L'analyse ne tient pas compte des personnes qui ont jamais occupé d'emploi. Ces dernières représentent 12% de l'ensemble des personnes de 15 à 64 ans et sont en majorité des jeunes de 15-24 ans (63%) et des femmes (65%) (tableau A.5.1).

Toutes les nouvelles variables socio-économiques utilisées dans ce chapitre ont un taux de non-réponse partielle inférieur à 5%. Les nouvelles variables seront comparées à deux mesures du statut socio-économique, le niveau de revenu et la scolarité relative, qui ont été présentées dans le : volume 1 du présent rapport.

Variables de santé

La perception de sa santé et le niveau de détresse psychologique ont été retenues comme variables de santé parce qu'elles mesurent des aspects globaux de la santé physique et mentale de la population québécoise. Ces deux indicateurs sont décrits en détail dans le volume 1.

De nombreuses études (Weinberger et *al.*, 1986 ; Kaplan et Camacho, 1983 ; Mossey et Shapiro, 1982 ; Atkinson et *al.*, 1980) ont déjà démontré que l'état de santé déclaré représente un très bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité, en plus d'être associé à l'utilisation des soins de santé. La perception de sa santé distingue les personnes qui sont insatisfaites de leur santé, soit celles qui perçoivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, de celles qui en sont satisfaites et qui perçoivent leur santé comme excellente, bonne ou très bonne.

L'indice de détresse psychologique procure une appréciation de l'état de santé mentale des Québécois ne vivant pas en institution, bien qu'il ne permette pas de connaître la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population (Préville et *al.*, 1992). Il tient compte de symptômes associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité.

Variables liées à la santé

Plusieurs modèles ou cadres conceptuels ont été proposés pour expliquer le rôle des facteurs associés à la santé et au bien-être (Bloomberg et *al.*, 1994). Malgré leurs différences, ils tiennent tous compte de plusieurs facteurs simultanément, ce qui est conforme à une approche holistique ou multifactorielle de la santé. Bien qu'ils intègrent tous la composante socio-économique, ces modèles ne permettent pas d'en mesurer, de façon précise, le poids relatif, tout en admettant qu'il joue un rôle important. Les analyses multivariées montrent que la prise en considération d'autres variables que le statut socio-économique permet d'expliquer une part plus importante de la variance (Dutton et Levine, 1989 ; Haan et *al.*, 1989) ; ces autres variables interagissent pour amplifier ou atténuer la relation.

Les variables retenues pour l'analyse comme étant potentiellement associées à la santé sont l'âge, le sexe, le type de ménage, l'origine ethnique à laquelle la personne s'identifie, l'usage du tabac, la consommation d'alcool, l'indice de masse corporelle, l'indice de sou-

tien social et l'espoir de voir sa situation financière s'améliorer (QAA192). Cette dernière, une nouvelle question de l'enquête, est analysée uniquement pour les personnes qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres (QAA190). On dit qu'elles sont pessimistes, si elles ne croient pas à un changement ou si elles prévoient une détérioration de leur situation financière, et optimistes, si elles croient que leur situation va s'améliorer.

5.2.2 Plan d'analyse

[Retour à la table des matières](#)

Les analyses retenues comportent plusieurs étapes. Premièrement, des analyses bivariées ont été effectuées pour connaître les caractéristiques démographiques associées aux quatre nouvelles variables et pour cerner leur spécificité par rapport à d'autres indicateurs socio-économiques.

Les analyses suivantes ont porté sur les liens entre les nouvelles variables socio-économiques et la santé. Cette étape débute par l'analyse des croisements bivariés entre ces variables et les deux variables de santé, soit la perception de l'état de santé et le niveau de détresse psychologique. En plus de s'intéresser à la vérification d'associations significatives entre les mesures du statut socio-économique et de l'état de santé, le présent chapitre examine si les relations observées prennent la forme d'un gradient. Sont ensuite analysés les liens entre les nouvelles variables socio-économiques et certains facteurs susceptibles d'influer sur la relation avec la santé.

En dernier lieu, une série d'analyses multivariées a été réalisée pour tenir compte de l'influence des facteurs de confusion possibles sur les relations entre le statut socio-économique et la santé. L'annexe du présent chapitre présente la description détaillée des tests de gradient et des analyses multivariées.

Test sur la présence d'un gradient

L'existence d'un gradient de santé a été déterminée à l'aide de tests statistiques, en présence d'une association significative entre une variable de santé et une variable socio-économique. Ces tests visent à déterminer si la valeur observée dans chacune des catégories de la variable socio-économique est significativement supérieure ou inférieure à celles des catégories adjacentes. On dira qu'un gradient est complet lorsque l'association est significative et que toutes les catégories adjacentes sont significativement différentes. Le gradient sera considéré comme présent, mais partiel, si l'association est significative et qu'il existe une différence entre au moins deux catégories.

Analyses multivariées

Plusieurs facteurs, outre les facteurs socio-économiques, sont liés à la santé et à la détresse psychologique, et certains d'entre eux sont susceptibles d'avoir un effet de confusion sur le lien entre la situation financière et la santé. C'est dans le but de contrôler cet effet que l'on effectue des analyses multivariées. Il s'agit de voir si les relations entre la santé et la situation financière, observées dans les analyses bivariées, demeurent une fois qu'on a pris en compte l'effet de confusion de certaines variables. Par exemple, si le lien entre la santé et le patrimoine n'est que la manifestation d'une relation entre la santé et l'âge, celui-ci constitue alors un facteur de confusion.

La régression logistique a servi aux analyses multivariées. Plusieurs modèles ont été élaborés, dont les deux variables de santé constituent les variables dépendantes. Certains modèles examinent les liens entre les variables socio-économiques et la perception de sa santé, en présence des facteurs potentiels de confusion ; d'autres analysent de la même manière les liens entre ces variables et le niveau de détresse psychologique.

Les résultats des analyses de régression sont présentés sous la forme de rapports de cotes. Seuls sont fournis les rapports de cotes des mesures socio-économiques liées significativement aux variables dépendantes, une fois les effets de confusion contrôlés. Les rapports de cotes ne peuvent être interprétés ici comme des estimations valables de « risques relatifs ». En effet, l'analyse multivariée n'avait pas pour but de dégager le meilleur modèle pour l'explication des variables de santé, ni les meilleures estimations des rapports de cotes associés aux mesures de la situation socio-économique (par exemple, seules les interactions doubles comportant l'âge ou le sexe ont été testées) ; elle visait à vérifier si le lien entre les variables socio-économiques et la santé persiste, une fois que certains facteurs de confusion ont été pris en compte.

Une fois les modèles construits, la présence de gradients complets ou partiels dans les variables socio-économiques a été vérifiée par une procédure équivalente à celle utilisée dans les analyses bivariées.

Enfin, rappelons que dans le cadre d'une étude transversale comme l'Enquête sociale et de santé, la mise en évidence d'une relation ne renseigne pas sur les liens de causalité entre les variables examinées, même en contrôlant les facteurs de confusion.

Les résultats qui suivent présentent d'abord les nouvelles variables socio-économiques et leur répartition dans la population selon certaines caractéristiques démographiques, puis une comparaison de ces variables avec des mesures plus classiques du statut socio-économique. L'analyse porte ensuite sur les liens entre ces indicateurs et les variables de santé ainsi qu'avec certains facteurs de confusion possibles. L'analyse multivariée visant à contrôler l'effet de ces facteurs clôt la section. .

5.3 Résultats

5.3.1 Variations des nouvelles mesures du statut socio- économique selon certaines caractéristiques démographiques

Perception de sa situation financière

[Retour à la table des matières](#)

Au Québec, 18% de la population s'estime à l'aise financièrement par rapport aux gens du même âge ; 58% estime que ses revenus sont suffisants pour répondre à ses besoins fondamentaux ou à ceux de sa famille, tandis que 21% s'estime pauvre et 3% très pauvre (graphique 5.1).

Il y a peu de différence entre les hommes et les femmes quant à la perception de leur situation financière (tableau 5.1). Ce résultat surprend et suggère que les femmes pourraient avoir tenu compte de l'apport financier de leur conjoint. Par ailleurs, la perception de sa situation financière varie peu selon l'âge. Cela n'est pas étonnant, puisque la formulation de la question comporte une référence à l'âge. Les 15-24 ans forment le groupe d'âge qui s'estime le plus à l'aise (26%), suivis des personnes de 65 ans et plus (19%).

Graphique 5.1

Perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus,
Québec 1992-1993

Tableau 5.1

Perception de sa situation financière selon certaines caractéristiques
démographiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Perception de sa situation financière			
	À l'aise %	Suffisant %	Pauvre %	Très pauvre %
Sexe				
Hommes	18,7	57,4	20,4	3,6
Femmes	16,5	57,9	22,3	3,3
Groupe d'âge				
15-24 ans	25,6	49,2	20,9	4,4
25-44 ans	15,4	59,6	21,7	3,3
45-64 ans	15,8	58,5	21,7	4,1
65 ans et plus	18,9	59,7	20,2	1,2*
Type de ménage				
Personne seule	18,7	51,4	24,7	5,2*
Couple sans enfants	19,0	59,8	18,8	2,5*
Monoparental	12,8	45,2	35,4	6,7*
Couple avec enfants	17,5	60,9	18,9	2,8
Autres	16,0	48,8	29,4	5,8*
Origine ethnique perçue				
Francophone	16,6	58,9	21,1	3,4
Anglophone	24,8	54,6	18,7	1,9**
Autres	22,8	50,4	21,2	5,5**
Total	17,6	57,6	21,4	3,4
% Pe	963 213	3 158 923	1 171 624	188 514

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Les personnes vivant dans des familles monoparentales sont proportionnellement plus nombreuses à se considérer comme pauvres ou très pauvres (42%), suivies des personnes vivant seules (30%), tandis que les couples avec ou sans enfants occupent le dernier rang (21%).

En contrepartie, seulement 13% des personnes vivant dans une famille monoparentale s'estiment à l'aise, comparativement aux personnes vivant seules ou en couple avec ou sans enfants (19% respectivement).

La perception des Québécois de leur situation financière varie selon l'origine ethnique perçue, en particulier la proportion de ceux qui s'estiment à l'aise. Les Québécois se disant francophones se distinguent et sont en proportion moins nombreux à se déclarer à l'aise financièrement (17%), en comparaison avec ceux qui se disent anglophones ou autres (25% et 23%).

Durée de la pauvreté

Au Québec, 15% des personnes qui s'estiment pauvres ou très pauvres sont dans une situation de pauvreté depuis moins d'un an, 39%, depuis une période allant de un à quatre ans, et près de la moitié (47%), depuis cinq ans et plus (graphique 5.2).

Graphique 5.2

Durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993

Il n'y a pas de différence significative quant à la durée de la pauvreté selon le sexe (tableau 5.2). Par ailleurs, c'est lorsque la pauvreté est récente (moins d'un an) ou de longue durée (5 ans et plus) que les variations selon le groupe d'âge s'avèrent les plus grandes. La proportion de personnes vivant depuis peu dans des conditions de pauvreté diminue avec l'âge, passant de 31% chez les 15-24 ans à 4% parmi les personnes de 65 ans et plus. À l'inverse, la proportion de personnes pauvres depuis cinq ans et plus augmente progressivement avec l'âge, passant de 23% chez les 15-24 ans à 81% chez les 65 ans et plus. Notons que cette variation selon l'âge est importante et pourrait influencer l'interprétation des liens entre la durée de la pauvreté et la santé.

Tableau 5.2

Durée de la pauvreté selon certaines caractéristiques démographiques, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Durée de la pauvreté		
	Moins d'un an %	1-4 ans %	5 ans et plus %
Sexe			
Hommes	15,1	41,0	43,9
Femmes	14,3	36,5	49,2
Groupe d'âge			
15-24 ans	30,7	46,2	23,1
25-44 ans	15,4	46,5	38,2
45-64 ans	8,1	30,1	61,8
65 ans et plus	3,6**	15,6	80,8
Type de ménage			
Personne seule	10,2	37,9	52,0
Couple sans enfants	11,6	34,0	54,4
Monoparental	12,3	40,6	47,2
Couple avec enfants	17,8	40,3	41,9
Autres	20,3*	41,8	37,9
Origine ethnique perçue			
Francophone	15,0	37,2	47,8
Anglophone	15,9*	42,3	41,9
Autres	13,1*	56,0	31,0
Total	14,6	38,7	46,7
% Pe	196 077	517 480	625 153

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

La durée de la pauvreté perçue chez les personnes pauvres varie également selon le type de ménage. On compte, en proportion, plus de personnes pauvres depuis cinq ans et plus parmi les personnes vivant seules (52%) et chez les couples sans enfants (54%) que dans les autres types de ménages. L'âge pourrait en partie expliquer ce résultat.

La durée de la pauvreté perçue diffère aussi selon l'origine ethnique perçue. Les personnes d'une autre origine vivent une situation de pauvreté prolongée (cinq ans et plus) dans une moins grande proportion que les francophones (31% c. 48%).

Patrimoine du ménage

Graphique 5.3

**Patrimoine du ménage, population de 15 ans et plus,
Québec 1992-1993**

Comme le montre le graphique 5.3, environ une personne de 15 ans et plus sur six (18%) vit dans un ménage dont les membres sont locataires et n'ont aucun revenu de placement (patrimoine inférieur).

Le tiers (33%) vit dans un ménage où au moins une personne a des revenus de placement ou une propriété, et la moitié (49%), dans un ménage comptant au moins un propriétaire et une personne ayant des revenus de placement (patrimoine supérieur).

Les hommes sont plus nombreux que les femmes (51% c. 48%) à déclarer un patrimoine supérieur (tableau 5.3). Cette différence plutôt modeste peut s'expliquer par la nature de la variable utilisée, qui mesure la situation de tous les membres du ménage, incluant ceux du conjoint et de la conjointe. La situation patrimoniale des femmes est ainsi assimilée à celle des hommes.

Les personnes de 45-64 ans forment le groupe d'âge ayant le patrimoine le plus important, 60% d'entre elles se situant au niveau supérieur, tandis que la plus faible proportion (39%) se trouve parmi les 65 ans et plus. L'interprétation des résultats, pour les plus jeunes en particulier, dont 48% vivent dans un ménage ayant un patrimoine supérieur, doit être faite en tenant compte du fait que le patrimoine reflète la situation financière de l'ensemble du ménage.

Les personnes seules et les familles monoparentales sont les plus défavorisées en matière de patrimoine : on y trouve respectivement 43% et 29% de personnes ayant un patrimoine inférieur. À l'inverse, les personnes vivant en couple, avec ou sans enfants, sont nettement moins nombreuses à présenter un patrimoine inférieur (9% et 16%).

Les Québécois s'identifiant à un autre groupe ethnique se distinguent à la fois des francophones et des anglophones, et sont plus nombreux à avoir un patrimoine inférieur (24% c. 17% et 13%).

Tableau 5.3

Patrimoine du ménage selon certaines caractéristiques démographiques,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques		Patrimoine du ménage		
		Supérieur %	Moyen %	Inférieur %
Sexe				
	Hommes	51,1	32,1	16,8
	Femmes	47,7	33,8	18,5
Groupe d'âge				
	15-24 ans	47,6	33,6	18,8
	25-44 ans	46,5	33,3	20,2
	45-64 ans	59,8	29,0	11,3
	65 ans et plus	39,1	39,7	21,2
Type de ménage				
	Personne seule	17,7	39,4	42,9
	Couple sans enfants	48,9	35,2	16,0
	Monoparental	34,5	36,1	29,4
	Couple avec enfants	62,0	29,4	8,6
	Autres	24,8	36,9	38,3
Origine ethnique perçue				
	Francophone	50,0	33,0	17,0
	Anglophone	56,6	30,1	13,3
	Autres	44,7	31,3	24,0
Total	% Pe	49,4 2 744 408	33,0 1 832 452	17,7 982 425

Exclusion du marché du travail

La majorité des personnes ayant déjà occupé un emploi (63%) ont travaillé durant toute l'année ayant précédé l'enquête (graphique 5.4). Les autres se divisent à peu près également entre ceux qui ont connu au moins une interruption de travail (17%) et ceux qui n'ont pas travaillé pendant cette période (20%).

Moins de femmes que d'hommes ont, en proportion, occupé un emploi toute l'année ayant précédé l'enquête (56% c. 69%) (tableau 5.4). Le niveau d'exclusion de l'emploi varie fortement selon l'âge. Les 15-24 ans sont très nombreux à avoir connu au moins une interruption de travail au cours de l'année ayant précédé l'enquête (43%), alors que les 25- 44 ans comptent la plus forte proportion de personnes ayant travaillé toute l'année (69%). La proportion de personnes n'ayant pas travaillé au cours de l'année ayant précédé l'enquête est de 11% chez les 15-24 ans et augmente avec l'âge ; cette proportion est la plus importante chez les 45-64 ans (30%).

Graphique 5.4

**Exclusion du marché de travail, population de 15 à 64 ans
ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993**

5.3.2 Comparaison des mesures du statut socio-économique

[Retour à la table des matières](#)

Cette section a pour but de comparer les différentes mesures du statut socio-économique afin d'en vérifier les composantes propres. Dans un premier temps, les nouvelles variables sont comparées aux deux mesures plus classiques que sont le niveau de revenu et la scolarité relative, présentées, rappelons-le, dans le volume 1. Les nouvelles variables sont ensuite comparées entre elles.

Perception de sa situation financière

Le tableau 5.5 montre un certain écart entre la perception individuelle de sa situation financière et le niveau de revenu du ménage. Ainsi, 41% des personnes qui ont été classées parmi les très pauvres selon le revenu qu'elles ont déclaré pour leur ménage s'estiment à l'aise ou, considèrent que leurs revenus sont suffisants. La proportion de personnes qui s'estiment à l'aise ou qui considèrent avoir des revenus suffisants passe de 54% chez les personnes classées parmi les pauvres à 91% chez celles considérées comme ayant un revenu supérieur. La concordance de ces deux mesures est donc élevée pour les personnes ayant des revenus supérieurs, mais faible chez les personnes pauvres.

Les résultats présentés précédemment sur le patrimoine des personnes de 45 ans et plus expliquent, en partie, la discordance entre ces deux mesures de la situation financière. Les personnes un peu plus âgées déclarent souvent de faibles revenus sous la forme de salaires ou de pensions, alors qu'elles disposent d'un patrimoine important, d'une maison et d'épargne. Dans une famille, l'écart entre la perception des jeunes (de 15 ans et plus) de leur situation financière et celle de

leurs parents constitue une autre explication possible. Nombre de jeunes ont peu ou pas de revenus, mais bénéficient de l'aisance financière de leurs parents. L'entraide, le travail au noir, le troc et la sous-déclaration des revenus constituent peut-être d'autres explications. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte le patrimoine et le niveau de revenu du ménage dans l'évaluation de la situation financière personnelle.

Tableau 5.5

Perception de sa situation financière selon différentes mesures socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Perception de sa situation financière			
	A l'aise	Suffisant	Pauvre	Très pauvre
	%	%	%	%
Niveau de revenu				
Très pauvre	8,2	33,1	45,6	13,1
Pauvre	8,4	45,8	38,6	7,2
Moyen inférieur	11,9	61,5	23,6	3,0
Moyen supérieur	19,3	64,8	14,4	1,6*
Supérieur	39,1	51,4	8,2	1,3**
Scolarité relative				
Plus faible	11,7	51,0	31,5	5,8
Faible	11,7	59,5	24,9	3,9
Moyenne	16,0	60,5	20,8	2,7
Élevée	17,5	61,9	18,1	2,6
Plus élevée	30,6	56,0	11,4	2,0*

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation > 25% ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Par ailleurs, la perception qu'ont les individus de leur situation financière s'améliore avec leur scolarité relative. Toutefois, ces différences ne sont significatives qu'aux extrêmes : seulement 12% des

Québécois ayant la plus faible scolarité s'estiment à l'aise financièrement contre 31% chez les plus scolarisés. Les personnes se considérant comme pauvres et très pauvres sont beaucoup plus nombreuses à se trouver parmi les Québécois ayant une faible scolarité (32% et 6%) que parmi les plus scolarisés (11% et 2%).

Ces résultats montrent qu'il y a suffisamment de différence entre la perception de sa situation financière et les deux mesures traditionnelles du statut socio-économique (scolarité relative et niveau de revenu) pour affirmer que la première prend en compte de nouvelles composantes, même si ces mesures vont dans la même direction. De plus, cette nouvelle variable permet de recueillir l'information recherchée auprès de chaque individu de 15 ans et plus alors que le revenu déclaré est obtenu d'une tierce personne, répondante du ménage. Par ailleurs, dans la présente enquête, l'information sur le revenu est manquante ou incomplète en ce qui concerne près de 30% des ménages, et il a fallu procéder à l'imputation, ce qui réduit la précision de la mesure. La perception de sa situation financière, par ailleurs, ne compte que 3% de non-réponse partielle, et les possibilités d'analyse s'en trouvent enrichies.

Durée de la pauvreté

Il n'y a pas de lien significatif entre la durée de la pauvreté perçue et le niveau de revenu des personnes appartenant à des ménages pauvres ou très pauvres. La durée de la pauvreté perçue varie cependant selon la scolarité relative (tableau 5.6). Ainsi, les proportions de personnes faiblement scolarisées augmentent avec la durée de la pauvreté, passant de 13% à 54%. Le fait que le niveau de revenu et la scolarité relative s'écartent des variations de la durée de la pauvreté justifie l'intérêt de cette nouvelle variable.

On a en outre voulu savoir si les personnes qui se considèrent comme pauvres sont dans cette situation depuis moins ou plus longtemps que celles qui s'estiment très pauvres. Les résultats montrent que la durée de la pauvreté est en effet associée à la sévérité de la pauvreté perçue : parmi les personnes qui s'estiment très pauvres, un plus grand nombre (53%) sont dans cette situation depuis plus de cinq ans comparativement aux personnes pauvres (46%).

Tableau 5.6

Durée de la pauvreté selon différentes mesures socio-économiques, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Durée de la pauvreté		
	Moins d'un an %	1-4 ans %	5 ans et plus %
Scolarité relative			
Plus faible	12,6	33,6	53,7
Faible	14,2	38,4	47,4
Moyenne	16,0	38,4	45,6
Élevée	15,6	43,8	40,7
Plus élevée	17,6	45,9	36,4
Perception de sa situation financière			
Très pauvre	10,0	36,9	53,2
Pauvre	15,4	39,0	45,7

Patrimoine du ménage

Les trois quarts des personnes classées parmi celles ayant un revenu supérieur ont aussi un patrimoine supérieur, alors que seulement 18% des personnes pauvres et très pauvres ensemble ont un tel patrimoine (tableau 5.7). À l'inverse, 44% des personnes pauvres et très pauvres ont un patrimoine inférieur comparativement à seulement 8%

des personnes ayant un niveau de revenu moyen supérieur et supérieur ensemble.

La majorité des personnes ayant une scolarité relative plus élevée possèdent également un patrimoine supérieur (S9%). Parmi les personnes les plus faiblement scolarisées, plus du tiers (35%) ont quand même un patrimoine supérieur. Le patrimoine du ménage semble donc moins étroitement lié au niveau de scolarité relative.

Tableau 5.7

Patrimoine du ménage selon différentes mesures socio-économiques,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Patrimoine du ménage		
	Supérieur %	Moyen %	Inférieur %
Niveau de revenu			
Très pauvre	10,5	29,8	59,7
Pauvre	22,3	43,7	34,0
Moyen inférieur	43,6	38,2	18,2
Moyen supérieur	60,7	30,6	8,6
Supérieur	74,8	19,9	5,3*
Scolarité relative			
Plus faible	35,3	38,5	26,2
Faible	46,2	33,8	20,0
Moyenne	50,5	33,3	16,2
Élevée	56,3	29,7	14,0
Plus élevée	58,8	29,6	11,6
Perception de sa situation financière			
Très pauvre	22,1	38,5	39,4
Pauvre	29,3	38,1	32,6
Suffisant	53,9	32,2	13,9
À l'aise	65,5	26,7	7,8

* Coefficient de variation entre 15% et 25% ; interpréter avec prudence.

Finalement, la majorité des personnes s'estimant à l'aise (66%) possèdent un patrimoine supérieur. Environ le quart (28%) des personnes se considérant comme pauvres et très pauvres possèdent aussi un patrimoine supérieur. L'endettement lié à l'achat d'une maison explique probablement en partie ce dernier résultat. Une autre explication possible réside dans le nombre important de personnes pauvres de milieu rural qui sont propriétaires.

Le patrimoine du ménage mesure-t-il les mêmes composantes que le niveau de revenu, la scolarité relative et la perception de sa situation financière ? Dans les trois cas, les relations vont dans le sens prévu : les groupes occupant les échelons socio-économiques élevés comptent plus de ménages ayant un patrimoine supérieur que ceux des échelons inférieurs. Comme le niveau de revenu, la scolarité et la perception de sa situation financière n'expliquent pas entièrement les différences de patrimoine du ménage observées, il paraît intéressant d'utiliser cette nouvelle variable. Ajoutons que le patrimoine a l'avantage lui aussi de susciter très peu de non-réponse (2,0%).

Exclusion du marché du travail

Le tableau 5.8 montre que l'exclusion du marché du travail est associée au niveau de revenu. La proportion de personnes ayant travaillé toute l'année augmente de façon continue avec le niveau de revenu, passant de 12% chez les personnes très pauvres à 83% chez celles qui ont un revenu supérieur. Il y a, d'autre part, un lien entre la scolarité et le fait d'avoir travaillé ou non dans l'année ayant précédé l'enquête. Plus la scolarité relative est élevée, moins l'exclusion du marché du travail est probable. En fait, 49% des Québécois ayant la plus faible scolarité relative ont travaillé toute l'année, alors que cette proportion passe à 73% chez les plus scolarisés.

Tableau 5.8

Exclusion du marché selon différentes mesures socio-économiques,
population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Exclusion du marché du travail		
	N'a pas travaillé depuis un an %	Au moins une interruption %	A travaillé toute l'année %
Niveau de revenu			
Très pauvre	62,5	25,9	11,6
Pauvre	41,7	25,4	32,9
Moyen inférieur	21,2	20,5	58,2
Moyen supérieur	12,4	14,0	73,6
Supérieur	7,4	10,1	82,5
Scolarité relative			
Plus faible	31,5	19,1	49,4
Faible	21,7	17,9	60,4
Moyenne	20,8	16,5	62,7
Élevée	15,8	16,3	67,9
Plus élevée	11,5	15,8	72,7
Perception de sa situation financière			
Très pauvre	52,1	25,0	23,0
Pauvre	31,6	24,3	44,2
Suffisant	15,6	14,9	69,6
À l'aise	12,5	14,2	73,2
Durée de la pauvreté¹			
5 ans et plus	38,3	16,7	45,0
1-4 ans	34,8	24,7	40,5
Moins d'un an	22,1	44,6	33,3
Patrimoine du ménage			
Inférieur	33,1	24,1	42,9
Moyen	19,1	19,9	61,1
Supérieur	15,9	13,0	71,1

1 Population se considérant comme pauvre ou très pauvre.

La proportion de ceux qui ont travaillé toute l'année diminue aussi avec une détérioration de la perception de la situation financière. Ainsi, 73% des Québécois s'estimant à l'aise financièrement ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête, comparativement à 44% de ceux qui se considèrent comme pauvres et seulement 23%, comme très pauvres.

Il en va de même pour le lien entre le patrimoine du ménage et le fait d'avoir connu ou non une interruption de travail au cours de l'année ayant précédé l'enquête. La majorité (71%) des personnes vivant dans un ménage ayant un patrimoine supérieur ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête. Cette proportion diminue progressivement, à mesure que le patrimoine s'amenuise, et s'établit à 43% parmi les personnes ayant un patrimoine inférieur.

Le fait que l'exclusion du marché du travail semble mesurer une composante particulière de la situation financière des Québécois de même que l'excellent taux de réponse (non-réponse de seulement 0,5%) justifient le maintien de cette variable pour les analyses subséquentes.

5.3.3 Liens entre la santé, certains facteurs liés à la santé et les nouvelles mesures du statut socio-économique

[Retour à la table des matières](#)

Cette section examine les liens entre les nouvelles mesures du statut socio-économique et deux composantes de l'état de santé des Québécois : la perception qu'ils ont de leur état de santé et leur niveau de détresse psychologique. Elle analyse aussi les liens entre ces nouvelles mesures et certains facteurs associés à l'état de santé susceptibles d'avoir un effet de confusion. On conclura qu'un facteur aura un tel effet s'il présente un lien significatif avec une des variables socio-

économiques d'intérêt, et l'on verra si ces relations mettent en évidence la présence de gradients sociaux de santé.

Perception de sa situation financière

Comme l'illustre le graphique 5.5, plus les Québécois ont une mauvaise perception de leur situation financière, plus augmente la proportion de personnes insatisfaites de leur santé. Cette proportion augmente graduellement, passant de 6% parmi les Québécois qui s'estiment à l'aise, à 26% parmi ceux qui se considèrent comme très pauvres. Cette augmentation présente ici la forme d'un gradient complet car toutes les catégories de la perception de sa situation financière comportent des pourcentages significativement différents les uns des autres.

Graphique 5.5

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

De même, plus les Québécois s'estiment en mauvaise situation financière, plus s'accroît la proportion d'entre eux qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Le cinquième (20%) des personnes qui se déclarent à l'aise présentent un niveau élevé de détresse psychologique, et cette proportion passe successivement à 23%, à 37% puis à 47% chez les personnes se considérant comme très pauvres. Cette relation se présente ici aussi sous la forme d'un gradient complet.

Tous les facteurs susceptibles d'avoir des effets de confusion sont significativement associés à la perception de sa situation financière, à l'exception de l'indice de masse corporelle (graphique 5.6). Ainsi, plus les Québécois se disent en mauvaise situation financière, plus ils comptent de fumeurs. On trouve 46% de fumeurs réguliers parmi ceux qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres, contre 30% chez ceux qui s'estiment à l'aise ou qui déclarent avoir des revenus suffisants. La proportion de buveurs présentant un risque élevé de problèmes liés à l'alcool augmente aussi avec la détérioration de la perception de sa situation financière (12% à 17%), de même que la proportion de personnes qui ont un faible niveau de soutien social (14% à 39%).

Graphique 5.6

Facteurs liés à la santé selon la perception de sa situation financière, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

¹ Chez les buveurs seulement.

Durée de la pauvreté

La perception qu'ont de leur santé les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres est associée à la durée de la pauvreté (graphique 5.7). On trouve une plus grande proportion de personnes insatisfaites de leur santé parmi les Québécois qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres depuis 5 ans et plus que chez ceux qui le sont depuis moins longtemps (25% c. 14%). On n'observe aucune relation significative entre la durée de la pauvreté et le niveau de détresse psychologique.

Chez les personnes pauvres ou très pauvres, tous les facteurs de confusion possibles analysés sont associés à la durée de la pauvreté perçue, à l'exception du niveau de soutien social (graphique 5.8). Aux facteurs examinés, on a ajouté le pessimisme de voir leur situation financière s'améliorer chez les personnes pauvres ou très pauvres.

Graphique 5.7

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993

Graphique 5.8

Facteurs liés à la santé selon la durée de la pauvreté, population de 15 ans et plus se considérant comme pauvre ou très pauvre, Québec 1992-1993

¹ Chez les buveurs seulement.

Les résultats montrent que plus la pauvreté se prolonge, moins il y a de fumeurs et de buveurs à risque. L'indice de masse corporelle varie également selon la durée de la pauvreté : la proportion de personnes ayant un excès de poids passe de 19% parmi les personnes pauvres depuis moins d'un an, à 29% chez celles qui le sont depuis 5 ans et plus. Par ailleurs, plus la pauvreté dure, plus les personnes sont pessimistes quant à l'amélioration de leur situation financière. Ainsi, 13% des personnes se considérant comme pauvres depuis moins d'un an sont pessimistes quant à leur situation financière, alors que près de la moitié (48%) des individus pauvres depuis 5 ans et plus le sont.

Patrimoine du ménage

On observe une relation en forme de gradient complet entre la santé perçue et les différents niveaux de patrimoine du ménage : plus le patrimoine est faible, plus nombreuses sont les personnes insatisfaites

de leur santé (graphique 5.9). On trouve 8% des personnes insatisfaites de leur santé chez les personnes ayant un patrimoine supérieur, et respectivement 12% et 17% chez celles ayant un patrimoine moyen et inférieur.

Graphique 5.9

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon le patrimoine du ménage, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

La proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique augmente avec la diminution du patrimoine du ménage et présente également la forme d'un gradient complet. Le plus faible pourcentage de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique s'observe parmi les personnes vivant dans un ménage ayant un patrimoine supérieur (24%) ; cette proportion augmente à 27% (patrimoine moyen) et atteint 32% parmi les personnes ayant un patrimoine inférieur.

Parmi les facteurs étudiés, l'usage du tabac et le niveau de soutien social sont significativement associés au patrimoine du ménage (graphique 5.10). La proportion de fumeurs réguliers augmente à mesure que le patrimoine du ménage diminue ; elle passe de 27% chez les personnes jouissant d'un patrimoine supérieur à 37%, puis à 49% chez les personnes ayant un patrimoine inférieur. On trouve, d'autre part, une plus forte proportion d'individus ayant un faible niveau de soutien social chez ceux dont le patrimoine est inférieur en comparaison avec ceux de niveau supérieur (28% c. 17%).

Graphique 5.10

Facteurs liés à la santé selon le patrimoine du ménage,
population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

Exclusion du marché du travail

Le graphique 5.11 illustre le lien entre la santé et l'exclusion du marché du travail chez les personnes de 15 à 64 ans qui ont déjà occupé un emploi. La proportion de personnes insatisfaites de leur santé est la plus faible chez les personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête (6%). Cette proportion s'accroît à 8% chez les personnes ayant connu au moins une interruption de travail et atteint 20% chez celles qui n'ont pas travaillé au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Cette augmentation présente un gradient complet.

Graphique 5.11

Insatisfaction quant à sa santé et niveau élevé de détresse psychologique selon l'exclusion du marché du travail, population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi, Québec 1992-1993

Par ailleurs, les personnes qui ont connu au moins une interruption de travail ou n'ont pas travaillé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête présentent un niveau élevé de détresse psychologique (31%) dans une plus forte proportion que celles qui ont travaillé toute l'année (25%). L'occupation d'un emploi pendant toute l'année ayant précédé l'enquête est donc associée à une meilleure santé psychologique.

Les quatre facteurs considérés présentent des relations significatives avec le niveau d'exclusion du marché du travail. Pour trois de ces facteurs, c'est parmi les personnes qui n'ont pas travaillé au cours de l'année de référence qu'on retrouve les plus fortes proportions d'individus présentant des indicateurs de risque pour la santé (graphique 5.12). Ainsi, on trouve 44% de fumeurs, 27% des individus présentant un excès de poids et 26% de personnes ayant un faible soutien social dans ce groupe. Un risque élevé de problèmes liés à la consommation d'alcool n'est pas lié significativement au niveau d'exclusion du marché du travail.

Graphique 5.12

Facteurs liés à la santé selon l'exclusion du marché du travail,
population de 15 à 64 ans ayant déjà occupé un emploi,
Québec 1992-1993

5.3.4 Analyse multivariée des liens entre la santé et le statut socio-économique

[Retour à la table des matières](#)

Les analyses multivariées présentées ici permettent de réexaminer les liens entre les différentes mesures du statut socio-économique et les deux composantes de la santé, soit la santé perçue et le niveau de détresse psychologique, tout en effectuant un contrôle des effets de confusion possibles. L'inclusion de variables de confusion dans chacun des modèles s'appuie sur les résultats des analyses bivariées et des

considérations théoriques relevant du domaine socio-sanitaires. La présence de gradients de santé est aussi revue à la lumière de ces nouvelles analyses.

Perception de sa santé

La première analyse multivariée porte sur les liens entre la perception de sa santé et les différentes mesures du statut socio-économique, compte tenu de la présence des facteurs de confusion dans le modèle. Le modèle d'analyse permet plus précisément d'étudier la variation de la probabilité d'être insatisfait de sa santé en fonction simultanément de la perception de sa situation financière, du patrimoine du ménage et du niveau de revenu, tout en effectuant un contrôle des facteurs de confusion.

Les variables de confusion retenues sont l'usage du tabac, la scolarité relative, le niveau de soutien social, l'indice de masse corporelle, l'âge, le niveau d'exclusion du marché du travail et l'interaction entre ces deux dernières variables. Les autres variables testées (le sexe, le type de ménage et le risque de problèmes liés à l'alcool) n'étaient pas significatives et n'avaient pas non plus d'effet sur l'estimation des paramètres associés à la perception de sa situation financière ou au patrimoine ; elles n'ont par conséquent pas été considérées comme des variables de confusion.

Les résultats de ces analyses montrent que deux des variables du statut socio-économique demeurent associées à la perception de l'état de santé, lorsqu'on contrôle l'effet des variables de confusion : la perception de sa situation financière et le patrimoine du ménage. On ne détecte toutefois plus de lien entre le niveau de revenu et la mauvaise santé perçue, lorsque les autres variables (de confusion ou socio-économiques) sont prises en compte.

Le tableau 5.9 présente les rapports de cotes associés à la perception de la situation financière et au patrimoine du ménage. Comme le

montrent ceux-ci, l'insatisfaction quant à sa santé augmente à mesure que se dégrade la perception de sa situation financière (de 1,00 à 3,46), même lorsqu'on tient compte des effets de confusion. De plus, les tests confirment la présence d'un gradient.

Tableau 5.9

Analyse multivariée des liens entre la santé perçue
et le niveau socio-économique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Variables indépendantes principales	Rapports de cotes (1) et intervalles de confiance à 99%	
Perception de sa situation financière		
À l'aise	1,00	---
Suffisant	1,30	[1,01 - 1,68]
Pauvre	2,51	[1,89 - 3,33]
Très pauvre	3,46	[2,35 - 5,09]
Patrimoine du ménage		
Supérieur	1,00	---
Moyen	1,22	[1,01 - 1,50]
Inférieur	1,40	[1,11 - 1,77]

- 1 Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : exclusion du marché du travail, âge, scolarité relative, usage du tabac, indice de masse corporelle, niveau de soutien social (Tableau A.5.2).
- catégorie de référence.

Par ailleurs, comme le montrent les rapports de cotes, l'insatisfaction quant à sa santé est plus fréquente chez ceux dont le patrimoine est moyen (RC = 1,22) ou inférieur (RC = 1,40) que chez ceux ayant un patrimoine supérieur (catégorie de référence), quels que soient l'âge, la scolarité, le niveau de soutien social, l'indice de masse corporelle, le niveau d'exclusion du marché du travail, et qu'il s'agisse ou non de fumeurs réguliers. Précisons ici que les rapports de cotes des

niveaux moyen et inférieur de patrimoine ne sont pas significativement différents.

Ce modèle d'analyse multivariée du lien entre la santé perçue et le niveau socio-économique confirme la pertinence des mesures de perception de sa situation financière et du patrimoine du ménage, puisque ces deux variables demeurent associées à la perception de la santé même lorsque l'effet des variables de confusion est contrôlé. Les résultats indiquent par contre que le niveau de revenu n'est plus utile à l'explication de la santé perçue, une fois que l'on connaît la situation financière perçue et le patrimoine.

Un deuxième modèle d'analyse a été élaboré afin d'examiner les liens entre la perception de sa santé et la durée de la pauvreté (modèle non présenté). Étant donné la définition de la variable « durée de la pauvreté », seules les personnes pauvres ou très pauvres sont considérées dans ces analyses. Les résultats montrent que l'insatisfaction quant à son état de santé n'est plus associée à la durée de la pauvreté, lorsque les facteurs de confusion retenus sont pris en compte. La présence des variables de confusion dans le modèle mène en effet à l'exclusion de la durée de la pauvreté du modèle.

Le troisième modèle analysé examine la relation entre l'exclusion du marché du travail, chez les 15 à 64 ans, et la perception de leur état de santé. Ce modèle ne s'applique qu'à ce groupe d'âge et inclut, à titre de comparaison, les personnes qui n'ont jamais travaillé. Les résultats révèlent la persistance d'un lien significatif avec la santé perçue, même lorsque la situation financière perçue, l'usage du tabac, le niveau de soutien social, la scolarité relative, l'indice de masse corporelle et l'âge sont contrôlés (tableau 5.10).

La relation entre la santé perçue et le niveau d'exclusion du marché du travail ne prend plus cependant la forme d'un gradient complet, mais d'un gradient partiel. Ainsi, le rapport de cotes des personnes ayant connu au moins une interruption de travail ($RC = 1,25$) ne dif-

fière pas significativement de celui des personnes qui ont travaillé toute l'année (catégorie de référence). Le test de gradient montre par contre que parmi les personnes n'ayant pas travaillé depuis un an, on compte quand même plus d'insatisfaits quant à leur santé qu'on en trouve chez ceux qui ont connu au moins une interruption au cours de l'année ayant précédé l'enquête.

Tableau 5.10

Analyse multivariée des liens entre la santé perçue et l'exclusion du marché du travail, population de 15 à 64 ans, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Variable indépendante principale	Rapports de cotes 1 et intervalles de confiance à 99%	
Exclusion du marché du travail		
A travaillé toute l'année	1,00	-----
Jamais travaillé	1,88	[1,38 - 2,56]
Pas travaillé depuis un an	2,59	[2,10 - 3,18]
Au moins une interruption	1,25	[0,94 - 1,6S]

1 Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : perception de sa situation financière, âge, scolarité relative, usage du tabac, indice de masse corporelle, niveau de soutien social (Tableau A.5.3).

--- Catégorie de référence.

Détresse psychologique

Des modèles multivariés ont aussi été conçus dans le but d'analyser la relation entre la détresse psychologique et les différentes mesures du statut socio-économique en présence de facteurs de confusion possibles

Le premier modèle (tableau 5.11) montre que la probabilité d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique est associée à la perception de sa situation financière lorsque des facteurs de confusion comme l'usage du tabac, le niveau de soutien social, le type de ménage, l'âge

et le sexe sont contrôlés. Cet indicateur socio-économique est le seul à demeurer statistiquement lié au niveau de détresse psychologique dans ce modèle. Ainsi, plus la perception de sa situation financière est mauvaise, plus la probabilité d'avoir un indice de détresse psychologique élevé est grande, comme le montre l'augmentation des rapports de cotes. Ce résultat confirme ceux des analyses bivariées.

Le gradient complet qu'avaient révélé les analyses bivariées devient un gradient partiel, lorsqu'on contrôle l'effet de facteurs de confusion. Ainsi, le rapport de cotes des personnes qui considèrent que leur situation financière leur permet de subvenir à leurs besoins (RC = 1,09) ne diffère plus significativement de celui des personnes qui s'estiment à l'aise (catégorie de référence), lorsque sont prises en compte les autres variables du modèle.

Tableau 5.11

Analyse multivariée des liens entre la détresse psychologique
et le niveau socio-économique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Variable indépendante principale	Rapports de cotes 1 et intervalles de confiance à 99%	
Perception de sa situation financière		
À l'aise	1,00	-----
Suffisant	1,09	[0,91-1,31]
Pauvre	1,84	[1,50 - 2,26]
Très pauvre	2,41	[1,82 - 3,20]

1 Les rapports de cotes sont ajustés pour tenir compte de la présence des variables suivantes dans le modèle : âge, sexe, type de ménage, usage du tabac, niveau de soutien social (tableau A.5.4).

--- Catégorie de référence.

Deux autres modèles multivariés ont été conçus en vue d'étudier la détresse psychologique. Le premier visait à examiner son lien avec la durée de la pauvreté chez les personnes pauvres ou très pauvres ; le

second, sa relation avec l'exclusion du marché du travail chez les personnes de 15 à 64 ans.

Les résultats montrent qu'une fois le potentiel de confusion de certaines variables pris en compte, aucune des deux variables indépendantes principales n'est significativement liée à la détresse psychologique (données non présentées). On avait d'ailleurs déjà noté, lors des analyses bivariées, la même absence de lien entre la durée de la pauvreté perçue et le niveau de détresse psychologique. Le recours à la régression logistique visait alors davantage à vérifier la persistance du lien entre la détresse psychologique et le niveau d'exclusion du marché du travail. Dans ce cas, il semble que ce lien puisse mieux s'expliquer par d'autres relations du modèle. Le niveau d'exclusion du marché du travail n'ajoute, par exemple, aucune information supplémentaire à la situation financière perçue pour « expliquer » le niveau de l'indice de détresse psychologique, puisque dans un modèle comportant uniquement ces deux indicateurs, la mesure de la situation financière perçue est la seule à rester significative.

5.4 Conclusions

5.4.1 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Au terme de cette étude des liens entre le statut socio-économique et la santé, il semble utile d'en rappeler les deux grands objectifs : améliorer la mesure du statut socio-économique, puis déterminer si cette relation existe à plusieurs niveaux de la hiérarchie sociale québécoise.

Quatre nouvelles mesures, soit la perception de sa situation financière, le patrimoine du ménage, l'exclusion du marché du travail et la durée de la pauvreté perçue, ont été examinées et comparées à deux mesures traditionnelles, le niveau de revenu déclaré et la scolarité relative. Parmi ces nouvelles mesures, les trois premières s'avèrent très utiles pour l'étude des liens entre le statut socio-économique et la santé. Tout en illustrant des phénomènes d'ampleur équivalente à celles des indicateurs plus traditionnels, elles considèrent toutefois un plus grand nombre de facettes de la répartition inégale de la richesse collective au Québec.

Les résultats permettent de mieux comprendre les liens entre ces mesures et la santé, comme l'illustrent la perception de sa santé et la détresse psychologique, et de mieux décrire les inégalités en matière de santé au Québec. Ainsi, les résultats montrent qu'à mesure que s'améliore la perception de leur situation financière ou le patrimoine des ménages québécois, la santé physique et psychologique de leurs membres, devient également meilleure. De plus, cette amélioration se fait sentir de façon générale à chaque échelon de ces deux mesures socio-économiques. La relation entre la santé et ces deux indicateurs n'est donc pas attribuable uniquement à une extrême privation au bas de l'échelle sociale. Précisons toutefois qu'en général, la démarcation semble plus grande entre les personnes pauvres et celles qui considèrent leurs revenus comme suffisants qu'entre les individus pauvres et très pauvres. La mise en évidence de ces gradients socio-sanitaires est conforme aux conclusions émanant de plusieurs études américaines et britanniques sur le sujet (ICRA, 1991).

La probabilité d'être insatisfait de sa santé demeure étroitement liée au patrimoine du ménage et à la perception de sa situation financière, même lorsque sont pris en compte les effets de l'âge, du sexe, du niveau de soutien social, de l'exclusion du marché du travail, de la scolarité relative, du type de ménage, de l'usage du tabac et de l'indice de masse corporelle. C'est donc dire qu'en répartissant également tous ces facteurs parmi les différents niveaux socio-économiques de la popula-

tion, on observe malgré tout des différences quant à la santé, à l'avantage des personnes ayant une meilleure situation financière. Par ailleurs, le niveau de revenu, le sexe et le type de ménage n'expliquent plus les différences observées de la perception de sa santé, lorsque l'on considère la situation financière des individus et le patrimoine de leur ménage. Ainsi, au Québec, les liens entre la santé et le niveau socio-économique s'expliquent mieux par la perception de la situation financière et le patrimoine des ménages que par le niveau de revenu, le sexe ou le type de ménage.

La probabilité d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique augmente aussi de pair avec une mauvaise perception de sa situation financière, même en considérant les effets des mêmes facteurs de confusion. Par ailleurs, le niveau de revenu et le patrimoine du ménage n'expliquent pas les différences de niveau de détresse psychologique observées.

Les résultats montrent que la durée de la pauvreté contribue peu à l'explication des différences en matière de santé chez les personnes pauvres ou très pauvres. La relation entre la satisfaction à l'égard de sa santé et la durée de la pauvreté disparaît lorsque l'on tient compte de l'effet des facteurs de confusion, et l'on n'observe aucune relation significative entre la durée de la pauvreté et la détresse psychologique.

D'autre part, l'analyse de la durée de la pauvreté a mis en relief les difficultés que pose l'étude de ce sujet dans le cadre d'une enquête transversale comme celle-ci. Ces difficultés tiennent en partie à l'effet de confusion qu'exerce l'âge dans la relation entre cette variable et la santé. L'analyse de ces liens, dans le cadre d'une étude transversale, requerrait sans doute un outil de collecte de données plus élaboré, capable de réduire au minimum les biais de mémoire et, surtout, de décrire les antécédents financiers des individus et non seulement leur situation financière actuelle.

Le niveau d'exclusion du marché du travail s'est avéré fort intéressant pour l'analyse de la relation avec la santé perçue et la détresse psychologique. D'une part, l'insatisfaction quant à sa santé augmente de pair avec le niveau d'exclusion du marché du travail et présente la forme d'un gradient de santé. Les écarts de santé les plus marqués s'observent entre les personnes n'ayant pas travaillé pendant toute l'année et celles qui ont connu une interruption de travail pendant cette période. D'autre part, le niveau d'exclusion du marché du travail divise la population en deux groupes quant à la détresse psychologique. Le premier se compose des personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête et présente le niveau de détresse psychologique le plus bas ; le second, formé des individus qui ont connu au moins une interruption de travail ou n'ont pas travaillé toute l'année, présente des niveaux plus élevés de détresse.

La relation entre l'exclusion du marché du travail et la satisfaction à l'égard de la santé persiste, même si l'on considère les effets de l'âge, du sexe, de la perception de sa situation financière, de la scolarité relative, de l'usage du tabac, du niveau de soutien social et de l'indice de masse corporelle. Peu importe ces facteurs, plus les Québécois ont été exclus du marché du travail, moins ils sont susceptibles d'être en bonne santé. De plus, les personnes qui ont travaillé toute l'année ayant précédé l'enquête sont les moins susceptibles de présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Toutefois, si l'on prend en compte la situation financière perçue, la relation entre l'exclusion du marché du travail et la détresse psychologique disparaît. Cela suggère que, pour comprendre les effets de l'exclusion du marché du travail sur la santé mentale, il faut considérer la situation financière des personnes exclues.

Ces résultats confirment l'intérêt des analyses multivariées pour mieux préciser le rôle respectif des différents déterminants sociaux de la santé.

5.4.2 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

Que nous indique la présence au Québec de ces gradients sociaux de la santé ? D'abord, que les déterminants sociaux de la santé et du bien-être ne jouent pas un rôle uniquement pour une minorité de personnes très défavorisées, mais que la situation socio-économique agit sur l'ensemble de la population, quel que soit son statut.

Les résultats des analyses multivariées montrent, par ailleurs, que les différences de santé, à l'avantage des personnes ayant une meilleure situation financière, s'observent indépendamment des autres facteurs étudiés ici. On ne peut en conséquence attribuer la mauvaise santé des personnes pauvres aux seuls faits qu'elles fument, qu'elles sont plus touchées par l'obésité, qu'elles ont un moins bon soutien social ou qu'elles sont moins scolarisées, il faut également considérer leur situation financière.

Même si nous en savons peu sur la manière dont le milieu social agit sur la santé, plusieurs hypothèses fort intéressantes ont été proposées pour expliquer la vulnérabilité liée à certaines situations sociales, en particulier le fait que plus l'on est défavorisé financièrement, plus diminuerait le sentiment d'emprise sur sa destinée ou sur ses conditions de vie. En augmentant le stress et en affaiblissant le système de défense, ce sentiment d'impuissance favoriserait l'apparition de problèmes de santé auxquels l'individu est prédisposé. Les capacités d'adaptation développées pendant l'enfance seraient, par conséquent, d'importants déterminants de la santé et du bien-être psychologique à l'âge adulte (Keating et Mustard, 1993).

Des investissements accrus devraient être consacrés à la compréhension de l'influence des déterminants sociaux sur la santé et le bien-être des populations. En effet, tout indique que les principaux gains de santé espérés au Québec, comme dans les pays industrialisés, résulteront probablement d'une meilleure compréhension de cette relation.

« Une compréhension complète de la relation entre la situation sociale, la capacité de faire face aux situations, le stress qui y est relié et la santé nécessitera des recherches au niveau plus général de la population plutôt que de l'étiologie de maladies spécifiques » (ICRA, 1991).

Comme le soulignait récemment l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1991) :

« C'est en analysant les raisons de cette vulnérabilité et en élaborant des stratégies pour transformer ces situations que l'on parviendra à éliminer certains des obstacles majeurs au développement social, économique et politique. Les groupes vulnérables constituent eux-mêmes une ressource humaine que la plupart des stratégies de développement économique n'ont fait que marginaliser. »

En somme, ce chapitre ne peut qu'abonder dans le même sens que la Politique de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992), qui soutient que les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité du milieu social et, en général, à une répartition plus équitable de la richesse collective. Elle affirme aussi que la réduction des inégalités sociales de santé, de mortalité et de bien-être constitue un défi important. Comme l'affirment nombre d'experts, dont Marmot, Wilkinson, Power et Syme, c'est par la réduction des inégalités qu'on peut espérer augmenter l'espérance de vie dans les pays industrialisés (*The Economist*, 1994). Selon ces spécialistes, les pays qui ne parviendront pas à comprendre les déterminants de la croissance économique et la relation entre l'économie et la santé ou le bien-être de leur

population devront faire face à des exigences accablantes en matière de sécurité, et déployer une foule de mesures pour endiguer le crime et la violence.

La réduction des inégalités sociales de santé physique et mentale commande non seulement d'adapter les services aux besoins des personnes défavorisées, mais de déborder le cadre strict du système de services afin de concevoir des mesures sociales capables d'affecter la santé et le bien-être de la population. Deux types de mesures seront nécessaires : des politiques visant à réduire tant les inégalités sociales et économiques que les effets de ces inégalités sur la santé et le bien-être.

5.5 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Atkinson, T. ; Blishen, B. ; Murray, M. (1980). *Physical Status and Perceived Health Quality*, Toronto, Institute for Behavioural Research, York University.

Choinière, R. (1991). « Les disparités géographiques de la mortalité dans le Montréal métropolitain, 1984-1988 : études écologiques des liens avec les conditions économiques, sociales et culturelles », *Les cahiers québécois de démographie*, vol. 20, no 1, pages 117-146.

Colin, C. ; Ouellet, F. ; Boyer, G. ; Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Éditions Saint-Martin, Montréal, 259 pages.

Crémieux, J.Y. ; Fortin, P. ; Audenrode, M.V. (1994). *L'évolution macro-économique et la question budgétaire au Québec*, Conseil de la santé et du bien-être, p 5.

Dufresne, J. (1994). « La pauvreté vue des gouvernements centraux », Dossier, *L'agora*, pages 16-18.

Dutton, D.B. ; Levine, S. (1989). "Socio-economic Status and Health : Overview Methodological Critique and Reformulation", dans *Pathways to Health, the Role of Social Factors*, Bunker, J.P. Gomby, D.S. ; Kehrer, B.H. (eds), The Henry J. Kaiser Family Foundation Calif., pages 29-69.

Ferland, M. ; Paquet, G. (1994). L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être, dans Lemieux, V. ; Bergeron, P. ; Bélanger, G., *Le système de santé au Québec : Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, pages 53-72.

Haan, M.N. ; Kaplan, G.A. ; Syme, S.L. (1989). "Socio-economic Status and Health : Old Observations and New Thoughts", dans Bunker, J.P. Gomby, D.S. ; Kehrer, B.H. (eds) *Pathways to Health, the Role of Social Factors*, The Henry J. Kaiser Family Foundation Calif, pages 76-138.

Hagenaars, A.J.M. (1992). "The Definition and Measurement of Poverty", dans Osberg, Lars (ed.), *Economic Inequality and Poverty International Perspectives*, pages 134-156.

Hertzman, C. ; Frank, J. ; Evans, R. (1990). *Heterogeneities in Health Status*. Canadian Institute for Advanced Research, Internal document 3C, Toronto.

Hosmer, D.W. et Lemeshow S. (1989). *Applied Logistic Regression*, John Wiley & Sons, New York, page 67.

House, J.S. *et al.* (1990). "Age, Socio-Economic Status, and Health", *Milbank Quarterly*, vol. 68, no 3, pages 384-411.

Institut canadien de recherches avancées (1991). *Les déterminants de la santé*, Publication numéro 5, Toronto.

Kaplan, G.A. ; Camacho, T. (1983). "Perceived health and mortality : a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort", *American Journal of Epidemiology*, vol. 117, pages 292-304.

Keating, D.P. ; Fraser Mustard, J. (1993). « Facteurs socio-économiques et développement humain », dans *La sécurité des familles en période d'insécurité*, Forum national sur la sécurité des familles, Ottawa, pages 101-123.

Langlois, S. (1987). « Les seuils de pauvreté », dans Gauthier, Madeleine (sous la direction de) *Les nouveaux visages de la pauvreté*, IQRC, pages 199-220.

Manga, P. (1993). « Les inégalités socio-économiques », dans *Enquête promotion de la santé Canada 1990 : rapport technique*, Santé et Bien-être social Canada, cat. H39-263 2-1990F, pages 285-298.

Marmot, M.G. ; Smith, G.D. (1989). "Why are the Japanese Living Longer ?" *British Medical Journal*, vol. 299, pages 1547-1551.

Ministère de la santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, Québec.

Morris, J.N. (1959), "Health and Social Class", *Lancet*, February 7, pages 303-305.

Mossey, J.M. ; Shapiro, E. (1982). "Self-rated health : a predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, vol. 72, pages 800-808.

Organisation mondiale de la santé (1991). *Santé et réformes économiques ; La santé, condition du développement économique*, Suisse, page 64.

Piachaud, D. (1987). "Problems in the Definition and Measurement of Poverty", *Journal of Social Policy*, vol. 16, no 2, pages 147-164.

Power, C. ; Manor, O. ; Fox, J. (1991). *Health and Class : the Early Years*, Chapman and Hall, London, pages 62-74.

Préville, M. ; Boyer, R. ; Potvin, L. ; Perrault, C. ; Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique : Détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 pages.

Shah, B.V. ; Folsom, R.E. ; Harrell, F.E. ; Dillard, C.N. (1984). *Survey Data Analysis Software for Logistic Regression*, Rapport de projet RTI.

Smith, G.D. ; Bartley, M. ; Blane, D. (1990). "The black report on socio-economic inequalities on health ten years on", *British Medical Journal*, vol. 301, pages 373-377.

Spector, A. (1992),. « La mesure de faible revenu au Canada », *Tendances sociales canadiennes*, vol. 25, pages 8-10.

The Economist (1994). Editorial, November 5th pages 13-14, 19-21.

Van Praag, B.M.S. ; Spit, J.S. ; Van de Stadt, H. (1982). "A Comparison between the Food Ratio Poverty Line and the Leyden Poverty Line", *Review of Economics and Statistics*, vol. 64, no 4, pages 691-694.

Warren, R. (1994). *Richesse et santé, Santé et richesse*, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, L'imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 41 pages.

Weinberger, M. *et al.* (1986). "Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants", *American Journal of Public Health*, vol. 76, pages 457-459.

Westcott, G. *et al.* (1985). *Health Policy Implications of Unemployment*, Copenhagen, World Health Organization, p 3.

Wilkins, R. (1986). "Health Expectancy by Local Area in Montréal : A Summary of Findings", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77, pages 216-220.

Wilkins, R. ; Adams, O. ; Brancker, A. (1990). « Évolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, pages 137-174.

Wilkinson, R.G. (1992). "Income Distribution and Life Expectancy", *British Medical Journal*, vol. 304, pages 165-168.

Wilkinson, R.G. (1986). "Socio-economic differences in mortality : interpreting the data on their size and trends", dans Wilkinson, G., *Class and Health Research and Longitudinal Data*, New-York, Tavistock Publications, pages 1-20.

Wilkinson, R.G. *et al.* (1986). *Class and health*, for the Economic and social research council, Tavistock publications, London and New York, 223 pages.

Wolfson, M.C. ; Evans, J.M. (1992). *Seuils de faible revenu de Statistique Canada Problèmes et possibilités méthodologiques*, (Document de travail), 89 pages.

Wolfson, M. *et al.* (1991). *Career Earnings and Death, A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men*, Canadian Institute for Advanced Research, Population Health Working Paper 12, Toronto.

Fin du texte