



Cahier de Recherche / Working Paper
11-10

Inégalité de revenu et état de santé : une relation ambiguë

Thomas G. Poder



Varia



Inégalité de revenu et état de santé : une relation ambiguë

PODER THOMAS G.

PhD. en Sciences Économiques, UETMIS – CHU de Sherbrooke, GREDI –
Université de Sherbrooke

Résumé

Au cours de ces dernières années, de nombreux chercheurs issus de divers domaines des sciences sociales ont posé l'existence d'une relation entre inégalité de revenu et état de santé, l'ont examiné dans des études empiriques et ont commencé à proposer des applications de politiques. Cependant, de nombreuses ambiguïtés persistent et, par conséquent, personne ne sait comment cette relation fonctionne réellement. Dans ce cadre, ce bref article se propose d'enquêter sur ce qui est connu à ce jour sur la relation entre inégalité de revenu et état de santé et offre des suggestions quant à la façon de produire davantage de santé.

Mots clés : Inégalité de revenu, santé

Summary

In recent years, many social scientists from various fields have posited the existence of a relationship between income inequality and health status, have deployed it in empirical studies, and have begun to suggest policy applications. However, many ambiguities persist, and, as a result, nobody knows how it actually works. In this setting, this brief article sets out to investigate what is known so far about the relationship between income inequality and health status, and offers suggestions as to how produce more health.

Key words: Income inequality, health

Introduction

Depuis maintenant plus de dix ans nous pouvons observer un regain d'intérêt pour la relation entre inégalité de revenu et état de santé. Un des ouvrages les plus intéressants de cette littérature est celui de Richard Wilkinson : « *Unhealthy Societies : The Afflictions of Inequality* », où il explore les déterminants sociaux et autres de la santé. Bien qu'on ait trouvé au niveau individuel une forte corrélation entre le revenu et la santé^{1,2}, Wilkinson montre que parmi les économies de marchés des pays développés de l'OCDE, le Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant n'est que faiblement associé à l'espérance de vie standard. Ainsi, à partir d'un certain niveau de revenu – autour de 5000 US\$ en 1996 –, la relation entre le standard de vie absolu et l'espérance de vie disparaît : une croissance supplémentaire du revenu n'engendre presque plus de gains d'espérance de vie³⁻⁵. Par ailleurs, si dans les pays où le PIB par habitant est faible, l'espérance de vie est en général moins élevée que dans les pays "riches"⁶, cela n'est pas toujours vérifié. C'est notamment le cas de la Jordanie et des États-Unis où l'état de santé des individus est dans

le premier cas nettement meilleur que ce que son niveau de revenu par habitant ne pourrait laisser présager, alors que c'est l'inverse pour les États-Unis. En revanche, ce qui semble bien prédire l'évolution de l'espérance de vie dans les pays développés est l'ampleur de la privation relative, soit le degré d'inégalité de revenu observé entre les individus^{4,7-8}. Ce type de relation a également pu être observé à des échelles plus petites que la nation : au niveau des États américains⁹⁻¹⁰, entre différents quartiers de métropoles américaines¹¹ et entre des districts de santé au Canada¹². Pour ces auteurs, la santé des populations dépend ainsi tout autant du niveau de revenu que de sa distribution et ceci d'autant plus qu'une augmentation du revenu moyen peut conduire à une détérioration de l'état de santé si cette augmentation est liée à une augmentation des inégalités¹³. En 2010, Wilkinson et Pickett reprennent en grande partie les arguments utilisés par Wilkinson en 1996 et réaffirment que « les sociétés qui offrent les meilleures conditions de vie à leurs citoyens sont celles qui ont les écarts de revenus les plus faibles (Japon, pays scandinaves), à l'inverse, les sociétés les plus inégales (États-Unis, Royaume-Uni et Portugal) ont les plus mauvais indicateurs de bien-être des pays riches ». Dans leur ouvrage, ils comparent ainsi onze indices de santé et de développement des vingt-trois pays les plus riches du monde et des cinquante États américains. Bien que la démonstration réalisée soit spectaculaire, celle-ci manque parfois de rigueur et a conduit à un certain nombre de critiques, notamment celles formulées par Snowden et Runciman. Toutefois, là où les résultats de leur ouvrage sont les plus crédibles concernent majoritairement les indicateurs de santé, ce qui conduit légitimement à se poser la question des fondements d'une telle relation. Par ailleurs, une récente revue de la littérature effectuée par Wilkinson et Pickett indique sur 168 analyses que dans 131 cas il existe une relation complète ou partielle entre inégalité de revenu et santé des populations.

Pour expliquer ce phénomène, la littérature existante a eu recours à de nombreuses explications. On peut en relever deux grands types : celles qui considèrent que la relation entre inégalité de revenu et santé passe à travers le revenu individuel et

celles qui considèrent qu'elle passe à travers certaines caractéristiques du fonctionnement des sociétés.

L'explication par le revenu

Explications spécifiques aux indicateurs de santé agrégés : niveau de revenu et "artefact statistique"

L'explication est ici assez simple, c'est celle du revenu absolu de Preston. Dans les pays où il y a de fortes inégalités de revenus, la part des individus ayant des revenus faibles est plus importante que dans les pays où ces inégalités sont moins prononcées. Puisque les individus "pauvres" ont très peu de revenus, la part qu'ils allouent à leur santé est très faible et ne leur permet pas de se soigner correctement ou d'acquérir des biens et services contribuant à la santé, au contraire des individus plus riches. S'ils ne peuvent pas se soigner, ceux-ci seront par conséquent malades plus souvent et plus longtemps¹⁴. Ce à quoi s'ajoute le fait que si l'épargne de précaution auparavant constituée par le ménage et les autres sources de revenus ne sont pas suffisantes (y compris les possibilités de crédits) pour couvrir l'ensemble des dépenses pendant un épisode de maladie, alors le manque de revenu résultant de cette situation pourrait bien empêcher l'individu malade et son ménage de se nourrir convenablement, les entraînant ainsi dans un cercle vicieux de reproduction des inégalités et de la pauvreté¹⁵. De fait, le grand nombre de ménages prisonniers de cette "trappe à pauvreté" conduit à ce que l'état de santé global de la population soit faible. Par construction, une société plus équitable serait donc meilleure pour la santé de la population si on considère que l'habileté d'un individu à faire bénéficier sa santé d'un meilleur revenu n'est pas prédéterminée par le rang de distribution initial auquel il appartient (i.e. son état de santé en deuxième période, après une redistribution des revenus, ne dépend pas de son rang initial dans la distribution du revenu de première période). Dans le cas contraire, une politique de redistribution visant

à établir une égalité absolue dans les revenus n'éliminerait pas les inégalités de santé et ne conduirait pas au niveau optimal de santé pour la population. Toutefois, Deaton indique qu'une faible redistribution des revenus, en particulier dans les pays à bas revenus ou entre des pays de niveaux de développement inégaux, devrait sensiblement permettre d'augmenter la santé et notamment celle des enfants. De plus, Wilkinson a montré pour la Grande-Bretagne – entre 1921 et 1981 – que la mortalité avait baissé plus rapidement avec une croissance du revenu des pauvres relativement plus rapide que celle des riches.

Avec ce type d'explication, il est cependant difficile d'expliquer pourquoi l'inégalité de revenu aurait un impact sur la santé quand le revenu par habitant est élevé et donc quand la proportion d'individus vivant dans un état de "réelle" pauvreté diminue. Pour qu'un tel phénomène persiste, il faudrait en effet que les individus pauvres des pays riches n'aient pas les moyens de se soigner, ce qui est exact dans un certain nombre de pays où le coût des soins et des médicaments reste relativement élevé et où le régime d'assurance maladie n'est pas généralisé. En conséquence, certains auteurs¹⁶⁻¹⁷ considèrent que la relation entre inégalité de revenu et santé pour des niveaux de développement plus élevés ne correspond pas à une situation réelle mais à un "artefact statistique". Pour Gravelle, les rendements décroissants du revenu sur la mortalité sont ainsi suffisants pour tenir compte des différences de mortalités entre populations s'il y a des différences dans les niveaux de richesse, et par conséquent dans le degré d'inégalité de santé. Comme les rendements sont décroissants, à de faibles niveaux de revenus, une augmentation du revenu augmente beaucoup la santé. Pour une même différence relative de revenu dans une société riche et une autre moins riche, le fait d'augmenter de un pour cent le revenu de l'individu le plus pauvre dans les deux sociétés va avoir pour conséquence une plus faible augmentation du niveau de santé pour le pauvre de la société riche que pour l'autre pauvre. L'impact de l'inégalité de revenu sur la santé pourrait donc être une construction statistique découlant de la nature curviligne de la relation revenu-santé.¹⁸

Explications communes aux indicateurs de santé agrégés et non agrégés : formation du niveau de revenu et rendements décroissants sur la santé

Ici que deux effets s'affrontent et un troisième renforce l'effet dominant sur les plus pauvres. Premièrement, comme dans la section précédente, nous pensons que l'inégalité de revenu présente un caractère reproductible quasi-mécanique qui enferme de génération en génération les individus dans la pauvreté en les privant d'un accès aux conditions de base – alimentation, éducation, service de santé, emploi, justice, etc.¹⁹⁻²⁰. De ce fait, l'inégalité de revenu devient un élément central de la santé des individus et tout particulièrement des enfants. Cet effet "trappe à pauvreté" de l'inégalité devrait être négatif sur la santé, surtout si la situation de revenu du ménage se dégrade. Deuxièmement, nous pensons que les zones les plus inégalitaires sont aussi celles où les individus sont les plus incités à entreprendre une activité qui pourrait les sortir du cercle vicieux de la pauvreté²¹. Ainsi, l'exemple de la réussite et de la richesse des uns et la pression sociale de son entourage devraient provoquer une forte envie de réussite et conduire les individus à se créer davantage d'opportunités. Cet effet incitatif de l'inégalité de revenu devrait par conséquent être positif sur la santé à travers l'accroissement du revenu du ménage. Troisièmement, nous devons compter avec un dernier effet qui est celui, énoncé plus haut, des rendements décroissants du revenu sur la santé. Dans une population où la distribution du revenu est très inégale cela veut dire qu'il y a globalement beaucoup de pauvres, peu de classes moyennes et très peu de riches. Par conséquent, si le revenu des plus pauvres augmente légèrement cela aura un fort impact sur leur santé au contraire des plus riches pour qui l'effet sera marginal. De ce fait, un haut niveau d'inégalité de revenu devrait par construction conduire à un plus haut rendement du revenu absolu sur la santé. Au final, l'effet total de l'inégalité de revenu sur la santé passant par son effet sur le revenu du ménage, va dépendre de ces trois effets. Dans le cas où le premier effet l'emporte, l'effet négatif de l'inégalité de revenu sur la santé devrait être renforcé chez les pauvres et amoindri chez les riches.²² Au contraire, si c'est le second effet qui l'emporte, se sera l'effet positif de l'inégalité de revenu qui sera

renforcé. Dans le premier cas, une redistribution partielle des revenus des classes aisées vers les classes pauvres permettrait à ces derniers de réaliser des investissements très rentables en eux-mêmes ou en leurs enfants.

L'explication par les mécanismes de fonctionnement des sociétés

A partir d'une revue de la littérature des effets de l'inégalité de revenu sur la santé, nous pouvons distinguer, outre les effets passant par le niveau de revenu, trois grandes catégories d'effets reflétant l'influence que l'inégalité de revenu est susceptible d'avoir sur le mode de fonctionnement d'une société : 1) les effets sur les politiques publiques de dépenses et d'investissements¹⁰ ; 2) les effets sur l'environnement psychosocial^{4,23} et la biologie du stress²⁴, le capital social²⁵, la criminalité et les guerres civiles²⁶⁻²⁷ ; 3) les effets sur l'efficacité productive et la croissance économique (théorie du capital humain et des incitations).

Les politiques publiques de dépenses et d'investissements

Ce premier grand axe fait principalement référence aux auteurs "néo-matérialistes" qui pensent qu'une compréhension plus complète du lien entre inégalité de revenu et santé doit passer par l'inclusion du néo-libéralisme, du capitalisme global, de la domination du marché, de la structure de classe et des politiques d'État providence²⁸⁻²⁹. Pour ces derniers, l'étendue de l'inégalité de revenu ne vient pas de nulle part, au contraire, elle est le produit complexe de fonds historiques et régionaux. Son étude doit ainsi nous aider à comprendre la montée des inégalités depuis trente ans. On ne peut donc pas considérer comme un accident le fait que les pays nordiques aient des niveaux d'inégalités plus bas qu'aux États-Unis ou qu'en Grande-Bretagne. A cet égard, le rôle

joué par l'État dans la conduite de l'économie de marché est central pour interpréter le lien entre inégalité de revenu et santé.

Le néo-matérialisme reflète pour ces auteurs à la fois un manque de ressources des individus et un sous-investissement systématique dans une large partie des infrastructures communautaires¹⁰ ; Ces deux éléments étant des conditions pour réduire l'exposition au risque de dommages pour la santé et augmenter les ressources protectrices au niveau individuel et communautaire. Dans cette perspective, l'inégalité de revenu et l'une des importantes manifestations d'un fond historique, politique, culturel et de facteurs économiques. Ces facteurs de fond ne créent pas seulement le cadre de la distribution des revenus, mais aussi le contexte des politiques d'infrastructures communautaires qui touchent l'éducation, les services de santé publique, les transports, le logement, etc. C'est dans ce cadre de vie néo-matérialiste que pourrait donc en grande partie s'expliquer les stratégies d'investissement publique et privé ; Cette approche étant considérée par Coburn comme cohérente avec "l'affinité entre le néo-libéralisme, l'inégalité et la fragmentation sociale". La figure 1 (page suivante) nous permet de résumer cette interprétation.

À un niveau agrégé, il semble que cette relation existe entre ségrégation économique et inégalité de revenu³⁰⁻³¹. Ainsi, de nombreuses études ont pu démontrer que les quartiers avantagés sont plus favorables à la santé des enfants et des adultes pauvres^{32,68} et que la ségrégation économique est associée à de plus hauts niveaux de mortalité³³. Pour Coburn, une politique visant à réduire les inégalités de santé serait donc de réinvestir dans les infrastructures publiques. Pourtant, si une telle politique pourrait avoir quelques résultats, il semble, au regard de ce qui s'est passé dans les années 1980 et 1990 – dans les pays industrialisés en particulier – que ces efforts seraient bien peu

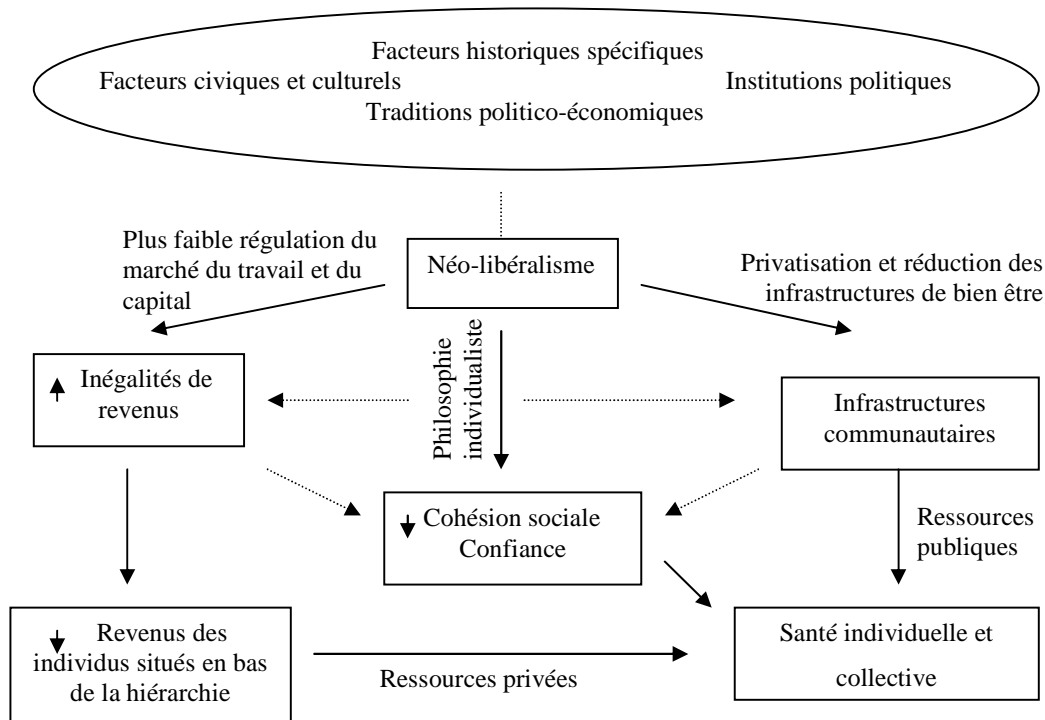


Figure 1. Cadre d'analyse du néo-matérialisme (adapté de Lynch, 2000)

efficaces. En effet, durant cette période, les provisions publiques ont à la fois beaucoup augmenté en quantité et en qualité sans que cela ait permis de sensiblement améliorer la santé³⁴. Par conséquent, si l'inégalité de revenu a un impact sur la santé par le biais des investissements publics, il semble que ce ne soit pas là l'explication majeure. Une solution alternative pour Coburn serait peut-être d'étudier les effets de ces politiques d'infrastructures sur les inégalités de santé et non pas sur le niveau global de santé. Toutefois, en étudiant un pays tel que la France, qui consacre des moyens considérables pour ses politiques de santé et ses politiques de redistribution, il a pu être constaté que celui-ci est le pays d'Europe où les différences sociales de mortalité prématurée sont les plus fortes⁷⁵. L'explication à fournir est ainsi assez loin d'être linéaire.

De plus, d'autres théories, sans remettre fondamentalement en cause l'interprétation "néo-matérialiste", postulent qu'une augmentation de l'inégalité de revenu peut aussi bien faire augmenter que diminuer le montant des dépenses publiques en faveur des plus pauvres, y compris les dépenses médicales. Ainsi, la plupart des modèles cherchant à prédire la façon dont les gouvernements effectuent leurs dépenses font l'hypothèse que la compétition politique donne un poids décisif à l'électeur ayant le revenu médian³⁵⁻³⁷. Avec la hausse des inégalités, le revenu médian diminue par rapport au revenu moyen ce qui conduit l'électeur à se sentir plus pauvre et à demander davantage de politiques visant à réduire les écarts de revenus. Un second argument prédisant la hausse des redistributions à la suite d'une augmentation des inégalités est qu'au fur et à mesure de cette hausse, les classes aisées deviennent de plus en plus méfiantes envers les catégories les plus pauvres^{26,38}, ce qui accroît leur volonté de dépenser plus pour apaiser ces dernières. Cependant, une augmentation des inégalités peut aussi conduire à réduire les dépenses envers les pauvres si les électeurs désavantagés sont désabusés ou exclus et donc peu enclins à voter ou encore que l'influence politique des riches est importante à travers différents moyens de communication.

Par ailleurs, si les inégalités augmentent alors que le revenu moyen stagne, le nombre d'individus et de ménages éligibles à des programmes ayant pour critère le revenu moyen va augmenter. De ce fait, si aucune mesure n'est prise pour limiter ces dépenses, alors les nouveaux entrants devraient bénéficier de la même quantité et qualité d'aides sociales que les individus faisant déjà partie du programme. Par conséquent, la santé moyenne ne devrait pas diminuer ou très peu avec l'augmentation des inégalités. Les études empiriques à ce sujet suggèrent que l'augmentation des inégalités est associée à une augmentation du soutien envers les politiques redistributives au niveau national³⁹⁻⁴² et les dépenses de santé au niveau des États ou provinces^{10,43}. De plus, ces hausses de dépenses sociales semblent être indépendantes des variations dans le nombre des bénéficiaires⁴³. À cet égard, cela pourrait expliquer le travail effectué en France par Jusot et qui indique que le niveau des inégalités de revenus de la région d'habitation constitue en lui-même l'un des déterminants de la mortalité après contrôle de l'offre de soins ;

c'est-à-dire que si l'offre de soins est influencée par les inégalités de revenu, celle-ci ne l'est que partiellement et donc que l'effet des inégalités de revenu passe nécessairement par d'autres canaux.

Environnement social et biologie du stress

Ce deuxième grand axe de réflexion considère différents éléments assez étroitement reliés entre eux. Une première interprétation de la relation entre inégalité de revenu et santé est ainsi donnée par la théorie de l'environnement psychosocial^{4,23} et de la biologie du stress^{24,69}. Cette interprétation montre les inégalités de santé comme le résultat des perceptions du revenu relatif. Ces perceptions produisent des émotions négatives comme la honte, la défiance et le stress, ce qui entraîne une plus mauvaise santé des individus à travers des mécanismes psycho-neuro-endocriniens^{24,69} et des comportements nocifs pour la société et la santé⁴⁴⁻⁴⁵. L'argumentaire développé est ainsi qu'une société égalitaire est en meilleure santé. Il serait surprenant, pour Wilkinson, que si de plus grandes inégalités détériorent la qualité de l'environnement social, la santé n'en soit pas affectée. L'importance du rôle de l'inégalité de revenu sur la santé s'affirmerait ici autant par le rang relatif de l'individu que par ses affiliations à la pauvreté, à la violence, etc. Une telle relation suggère une "culture de l'inégalité", marquée par un environnement social plus hostile et moins hospitalier⁴⁶⁻⁴⁷. Dans la mesure où les êtres humains sont également des êtres sociaux qui se (re)connaissent en partie par l'image que les autres leur renvoient, ceux-ci deviennent rapidement très anxieux à l'idée des réactions ou du manque de réaction des autres – rejet, sentiment d'infériorité, de ne pas être respecté, etc.⁷⁰⁻⁷² La question essentielle qui se pose ici est donc de savoir comment une société plus inégale et hiérarchisée détériore les relations sociales, puis la santé. L'explication la plus plausible est sûrement que la dominance et l'affiliation sociale sont les deux aspects d'un même problème. Les hiérarchies de dominances sont basées sur le pouvoir, la coercition et l'accès aux ressources sans préoccupation des besoins de l'autre.

Au contraire, les relations d'amitié sont basées sur la réciprocité, le partage et la reconnaissance des besoins de l'autre. On en arrive donc au problème principal de la compétition pour l'accès aux ressources. Un problème que la pauvreté exacerbe dans un grand nombre de pays, mais qui dépend de la façon dont la société décide de l'aborder. Le type d'organisation de la société peut ainsi générer des comportements et des réactions biologiques internes qui influencent l'état de santé des individus. Sous cet angle, c'est le rang du statut social qui affecte la santé et qui sert de lien conceptuel entre l'individu et la pathologie – physique et sociale. C'est dans ce contexte que la notion de gradient social prend toute son importance⁴⁴. De fait, les estimations réalisées en France par Mesrine montrent de très fortes différences de mortalités entre catégories sociales. Il existe ainsi une différence de plus de six années d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers, et il existe même une différence de près de 10 ans entre les groupes extrêmes. Selon Jouglu et al., ces inégalités existent pour toutes les causes de décès et ne sont donc pas entièrement expliquées par les facteurs traditionnellement évoqués que sont l'adoption de comportements à risques et les risques spécifiques liés aux conditions de travail. En considérant ces différents points, l'étude de Jusot indique l'existence en France d'un effet pathogène induit par les comparaisons sociales, en particulier parmi les individus les plus pauvres. Aux États-Unis, l'effet de l'inégalité du revenu sur la mortalité serait encore plus présent à travers l'environnement social. Toutefois, les différences de méthodologies utilisées dans différentes études ne permettent pas d'établir une contribution exacte. Dans le meilleur des cas, s'il s'agissait du seul canal de transmission, une hausse hypothétique d'un pour cent dans la part du revenu de la moitié la plus pauvre de la distribution salariale serait associée à une baisse de 22 décès par 100 000 personnes⁷⁶. Cet effet hypothétique est considérable en termes de mortalité. En 2001, l'inégalité du revenu aurait ainsi été au septième rang des principales causes de décès aux États-Unis, soit à égalité avec la grippe et la pneumonie (25,3 décès par 100 000 personnes)⁷⁷.

Une autre interprétation très étroitement liée à celle de la théorie de l'environnement psychosocial est donnée par Kennedy et al. Pour ces auteurs, les sociétés

ayant de hauts niveaux d'inégalités de revenus sont des sociétés ayant un faible niveau de capital social. De ce fait, l'inégalité de revenu affecte la santé à travers son effet sur la déstructuration du tissu social. Lynch et Kaplan, décrivent ici le capital social comme « *le stock d'investissements, de ressources et de réseaux qui produisent la cohésion sociale, la confiance et la volonté de s'engager dans des activités communes* ». Cela laisse supposer que les champs sociaux où il y a beaucoup de réseaux de participation et plus de confiance sociale facilitent une bonne santé grâce à une plus grande solidarité et à une plus grande implication de la communauté dans la résolution des problèmes⁴⁸⁻⁵⁰. Kennedy et al. trouvent ainsi que leurs mesures du capital social sont très fortement reliées aux inégalités de revenus et à la mortalité entre les états américains et concluent que le capital social joue un rôle de canal de transmission entre l'inégalité de revenu et la santé.

Enfin, l'inégalité de revenu fait depuis longtemps partie des grands facteurs de la criminalité et des conflits^{26-27,51}. Cependant, si l'inégalité crée de la violence, elle conduit assez rarement à la guerre civile⁵²⁻⁵³. Le cas de certains pays comme le Guatemala serait ainsi extrême, renforcé par d'autres facteurs tels que l'idéologie et les luttes de pouvoir. Connaissant les conséquences de la violence et des conflits sur la santé des enfants et des adultes⁵⁴, on comprend ainsi mieux l'importance du rôle de l'inégalité de revenu.

Efficacité productive et croissance économique

Le troisième grand axe prend en compte l'effet de l'inégalité de revenu sur l'efficacité productive et la croissance économique. D'un point de vue empirique, c'est au début des années 90 qu'apparaît un nouveau fait stylisé issu de l'économétrie de la croissance : une relation négative entre les inégalités "initiales" et la croissance de long terme^{39-40,55-59}. De nombreux modèles théoriques furent alors élaborés pour rendre compte de cette "découverte".

Tout d'abord, une première série de modèle postule que l'inégalité pourrait agir comme un frein aux gains de productivité et à la croissance économique à travers

l'imperfection des marchés du crédit. Les deux principaux canaux de transmission seraient ici la scolarisation et le financement des projets d'investissement physique⁵⁹⁻⁶³. Ainsi, le fait que dans un pays les richesses soient inégalement réparties conduirait à priver un grand nombre d'individus de l'accès à l'éducation^{39,55,64}. Cette situation limiterait la progression du capital humain et empêcherait le pays de faire des gains de productivité par l'acquisition de compétences et la recherche et développement. Les gains de productivité permettant d'accroître la création de valeur ajoutée et de conquérir des parts de marché par le biais d'une amélioration de la compétitivité, il apparaît alors clairement que l'inégalité de revenu pourrait priver le pays d'une importante source de croissance et donc de la possibilité d'améliorer la situation de santé de sa population. Ensuite, un accès limité aux biens de production ou une capacité limitée à faire valoir ses droits légaux pourraient également restreindre la capacité des individus pauvres à consommer, investir et emprunter, ce qui ralentirait d'autant la croissance^{65,73-74}. Pour ce dernier point, cependant, si Person et Tabellini indiquent un lien négatif entre l'inégalité et l'investissement physique, Bourguignon trouve en revanche un lien inversé, alors que Barro ne remarque aucune relation statistiquement significative. Concernant une stricte relation entre inégalité de revenu et consommation, une étude récente réalisée en Chine, indique qu'un transfert de 1% du PIB vers les zones les plus défavorisées conduirait à une hausse de la consommation privée au niveau national de 2,7% à court terme alors qu'un transfert inverse -vers les zones les plus favorisées- conduirait à une baisse de la consommation de 0,15-0,19% sur le long terme⁷³. Cette croissance supplémentaire ayant le potentiel d'accroître le niveau de santé des populations⁷⁸, en particulier sur le long terme⁷⁹.

Une seconde série de modèles est centrée sur l'économie politique. Alesina et Rodrik et Person et Tabellini font ainsi l'hypothèse d'un mécanisme par lequel des inégalités trop élevées pourraient induire une demande de redistribution génératrice de distorsions fiscales. Ce mécanisme est toutefois contesté de façon empirique par Perotti et Bénabou. De leur côté, Banerjee et Duflo proposent un modèle de "hold up" où les opportunités de croissance sont plus ou moins efficacement exploitées selon l'intensité

des conflits distributifs qu'elles soulèvent. Leurs travaux concluent à l'existence d'une relation non linéaire entre la variation des inégalités et la croissance de long terme. Sans avoir été corroboré, d'autres modèles⁶⁶⁻⁶⁷ proposent également de combiner différentes variantes de la théorie de l'électeur médian dans une situation d'imperfections du marché du crédit.

Les travaux de Forbes indiquent par contre des inégalités favorables à la croissance. Pour expliquer ce phénomène, on pourrait ici réexaminer, cette fois-ci en sens inverse, le modèle d'économie politique de Alesina et Rodrik et de Person et Tabellini en postulant qu'une trop grande égalité de revenu, réalisée grâce à une redistribution ou à des interdits culturels, risquerait de conduire aux mêmes inconvénients qu'une trop grande inégalité en plus d'avoir des effets négatifs sur la prise d'initiative. Par ailleurs, certains auteurs majeurs comme Hayek croient que les inégalités peuvent avoir un rôle positif sur la croissance en permettant à certains investissements de grande envergure de se réaliser grâce à l'accumulation du capital. Finalement, peut être doit-on considérer, comme Banerjee et Duflo, que c'est davantage l'ampleur de la variation des inégalités, quelle que soit son signe, et non le niveau des inégalités qui conduit à un impact négatif sur la croissance. En ce sens, c'est le changement ou la déstabilisation produit par ce biais dans la structure sociale qui pourrait expliquer la relation entre inégalité de revenu et croissance.

Conclusion

Le présent article discute et soulève plusieurs questions sur l'inégalité de revenu et la santé ; la principale question que l'on se pose étant de savoir si l'inégalité de revenu est un déterminant objectif de la santé des individus. Répondre « oui » à cette question est probablement hâtif, voire impossible, car les méthodologies utilisées dans la plupart des études ne peuvent jamais tenir compte de toutes les conditions des lieux et de

prédispositions génétiques qui influent sur l'état de santé, et ce d'autant plus que les interrelations sont complexes. Toutefois, malgré leurs limites, une grande majorité des études indiquent l'existence d'une relation statistiquement significative entre inégalité de revenu et santé. Le problème majeur persistant étant celui de déterminer la contribution relative des différents canaux de transmission de l'inégalité de revenu sur la santé. En dépit des efforts fournis, aucune étude exhaustive n'est en mesure de fournir des éléments de réponse précise à une telle décomposition. Les études les plus récentes et les plus robustes semblent seulement indiquer que cette relation n'est pas un artefact statistique et que l'essentiel de l'effet passe à travers l'environnement social et la biologie du stress ; les explications par les politiques d'investissement et l'impact à travers la croissance économique ayant connu moins de succès au niveau empirique. La relation entre inégalité de revenu et état de santé apparaît ainsi comme le résultat complexe de couches successives d'un grand nombre d'éléments en interactions. Reste donc, pour améliorer la santé des individus et le bien être collectif, à trouver le niveau optimal d'inégalité et son corollaire : la juste valeur à accorder au travail, aux idées et au capital.

Bibliographie

- Banerjee A.V. et Duflo E., « Inequality and Growth: What Can the Data Say? », *NBER Working Paper*, n°7793, 2000.
- Barro R., « Inequality, growth and investment », *NBER Working Paper*, n°7038, 1999.
- Bénabou R., « Inequality and Growth », *NBER Working Paper*, n°5658, 1996.
- Coburn D., « Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities », *Social Science & Medicine*, vol.58, n°1, 2004, p. 41-56.
- Forbes K. J., « A Reassessment of the Relationship between Inequality and Growth », *MIT Working Paper*, mimeo, 1999.

- Hayek F.A., *The Pure Theory of Capital* [1941], Chicago, The University of Chicago Press, 1975.
- Jouglé E. et al., « La mortalité », in *Les Inégalités Sociales de Santé*, eds Leclerc A. et al, Paris : La Découverte / INSERM, 2000, p. 147-162.
- Jusot F., *Revenu et mortalité : Analyse économique des inégalités sociales de santé en France*, Thèse de doctorat en sciences économiques, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2003.
- Kennedy B., Kawachi I., Prothrow-Stith D., Lochner K. et Gupta V., « Social capital, income inequality, and firearm violent crime », *Social Science and Medicine*, vol. 47, n°1, 1998, p. 7-17.
- Mesrine A , « Les différences de mortalité par milieu social restent fortes », in *La Société Française, Données Sociales*, Paris, Insee, 1999, p. 228-235.
- Perotti R., « Political equilibrium, income distribution and growth », *Review of Economics Studies*, vol. 60, n°4, 1993, p. 755-776.
- Runciman D., « How messy is all this », *London Review of Books*, vol. 31, n°20, 2009, p. 3-6.
- Snowdon C., *The Spirit Level Delusion: Fact Checking the Left's New Theory of Everything*, Little Dice, 2010.
- Wilkinson R.G., « Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981 », *Journal of Social Policy*, vol. 18, 1989, p. 307-35.
- Wilkinson R.G. et Pickett K., *The Spirit Level: Why Equality Is Better for Everyone*, Penguin Books, 2010.
- Wilkinson R.G. et Pickett K., « Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence », *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, p. 1768-1784.

Notes

1. D. Black, J.N. Morris, C. Smith, P. Townsend et M. Whitehead, in *Inequalities in health: the Black report. The health divide*, London, Penguin, 1988.
2. M. Wolfson, G. Kaplan, J. Lynch, N. Ross et E. Backlund, « Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration », *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, p. 953-957.
3. S.H. Preston, « The changing relation between mortality and level of economic development », *Population Studies*, vol. 29, 1975, p. 231-48.
4. R.G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London, Routledge, 1996.
5. A. Deaton, « Relative deprivation, inequality and mortality », *NBER*, n°8099, 2001.
6. World Bank, *World development report: investing in health*, vol. 1, Washington, World Bank 1993.
7. R.G. Wilkinson, « Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, vol. 304, 1992, p. 165-168.
8. I. Kawachi, B.P. Kennedy, K. Lochner et D. Prothrow-Stith, « Social Capital, Income Inequality, and Mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 87, 1997, p. 1491-1498.
9. B. Kennedy, I. Kawachi et D. Prothrow-Stith, « Income distribution and mortality: Cross-sectional ecological study of the Robin Hood Index in the United States », *British Medical Journal*, vol. 213, 1996, p. 1004-1007.
10. G.A. Kaplan, E. Pamuk, J.W. Lynch, R.D. Cohen et J.L. Balfour, « Income inequality and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways », *British Medical Journal*, vol. 312, 1996, p. 999-1003.
11. J.W. Lynch, G.A. Kaplan, E.R. Pamuk, R.D. Cohen, K.E. Heck, J.L. Balfour et I.H. Yen, « Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United states », *American Journal of Public Health*, vol. 88, 1998, p. 1074-1079.

12. G. Veenstra, « Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance) », *Social Science and Medicine*, vol. 54, 2002, p. 849-868.
13. J. Wildman, « Modelling health, income and income inequality: the impact of income inequality on health and health inequality », *Journal of Health Economics*, vol. 22, 2003, p. 521-538.
14. T.P. Schultz, « Assessing the productive benefits of nutrition and health: An integrated human capital approach », *Journal of Econometrics*, vol. 77, 1997, p. 141-158.
15. H. Leibenstein, *Economic Backwardness and Economic Growth*, New York, John Wiley & Sons, 1957.
16. K. Fiscella et P. Franks, « Poverty or Income Inequality As Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 314, 1997, p. 1724-1728.
17. H. Gravelle, « How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artefact? », *British Medical Journal*, vol. 316, 1998, p. 382-385.
18. Certaines études, comme celle de Mayer et Sarin semblent cependant montrer que cet "artefact" n'expliquerait qu'une faible partie de la relation entre inégalité de revenu et santé (S.E. Mayer et A. Sarin, « An assessment of some mechanisms linking economic inequality and infant mortality », *Social Science and Medicine*, vol. 60, n°3, 2005, p. 439-455).
19. A.K. Sen, « Food and Freedom », *World Development*, vol. 17, n°6, 1989, p. 769-781.
20. A.K. Sen, *Development as freedom*, New York, Knopf, 1999.
21. A.B. Krueger, « Inequality, Too Much of a Good Thing », *CEPS Working Paper*, n°87, 2002.
22. Si une augmentation de l'inégalité conduit à faire entrer davantage d'individus pauvres dans une classe de revenus ou de pouvoir d'achat encore plus faible, ces derniers vont alors être obligé de réduire la part de leur revenu consacrée à des postes de dépenses ayant une forte influence sur la santé.

23. R.G. Wilkinson, *L'inégalité nuit gravement à la santé*, Paris, Éditions Casini, 2002.
24. S. Segerstrom et G. Miller, « Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry », *Psychological Bulletin*, vol. 130, n°4, 2004, p. 601-630.
25. J.W. Lynch et G.A. Kaplan, « Understanding how inequality in the distribution of income affects health », *Journal of Health Psychology*, vol. 2, 1997, p. 297-314.
26. T.R. Gurr, *Why Men Rebel*, Princeton, Princeton University Press, 1970.
27. E.W. Nafziger et J. Auvinen, « War, hunger and displacement: an econometric investigation into the sources of humanitarian emergencies », *UNU/WIDER Working Papers*, n°142, 1997.
28. D. Coburn, « Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neoliberalism », *Social Science and Medicine*, vol. 51, 2000, p. 135-146.
29. J. Lynch, « Income inequality and health: expanding the debate », *Social Science and Medicine*, vol. 51, 2000, p. 1001-1005.
30. S.N. Durlauf, « A Theory of Persistent Income Inequality », *Journal of Economic Growth*, vol. 1, n°1, 1996, p. 75-93.
31. S.E. Mayer, « How the Growth in Income Inequality Affected Economic Segregation », Joint Center for Poverty Research Center, University of Chicago Working Paper, 2001.
32. I. Kawachi et L.B. Berkman, *Neighborhoods and Health*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
33. N.J. Waitzman et K.R. Smith, « Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America », *Milbank Quarterly*, vol. 76, 1998, p. 341-373.
34. Par exemple, en dépit de l'instauration de la "couverture maladie universelle" dans la plupart des pays industrialisés, la mortalité est restée stable (R.G. Wilkinson, « Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory: a reply to Muntaner and Lynch », *International Journal of Health Services*, vol. 29, n°3, 1999, p. 525-43).

35. T. Romer, « Individual welfare, majority voting, and the properties of a linear income tax », *Journal of Public Economics*, vol. 4, 1975, p. 163-185.
36. K. Roberts, « Voting over income tax schedules », *Journal of Public Economics*, vol. 8, 1977, p. 329-340.
37. A. Meltzer et S.F. Richards, « A rationale theory of the size of government », *Journal of Political Economy*, vol. 89, n°5, 1981, p. 914-927.
38. F.F. Piven et R. Cloward, *Regulating the poor: The functions of public welfare*, New York, Vintage Books, 1993.
39. R. Perotti, « Growth, Income Distribution and Democracy: What the Data Say », *Journal of Economic Growth*, vol. 1, n°1, 1996, p. 149-187.
40. A. Alesina et D. Rodrik, « Distributive politics and economic growth », *Quarterly Journal of Economics*, vol. 109, n°2, 1994, p. 465-490.
41. K.O. Moene et M. Wallerstein, « Income inequality and welfare spending: A disaggregated analysis », *American Political Science Review*, vol. 95, n°4, 2001, p. 859-874.
42. R. Moffitt, D. Ribar et M. Wilhelm, « The decline of welfare benefits in the United States: The role of wage inequality », *Journal of Public Economics*, vol. 68, n°3, 1998, p. 421-452.
43. S.E. Mayer, « The relationship between inequality and government social spending in the United States », University of Chicago, Harris School working paper, 2003.
44. R.G. Evans, M.L. Barer et T.R. Marmor, *Être ou ne pas être en bonne santé*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1996.
45. C. Eibner et W.N. Evans, « Relative deprivation, poor health habits and mortality », *Journal of Human Resources*, vol. 40, n°3, 2005, p. 591-620.
46. R.G. Wilkinson, « Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory: a reply to Muntaner and Lynch », *International Journal of Health Services*, vol. 29, n°3, 1999, p. 525-43.

47. R.G. Wilkinson, « The culture of inequality » in *Income inequality and health*, I. Kawachi I., Kennedy B. and Wilkinson R.G., The Society and Population Health Reader, vol. 1, New York, New Press, 1999.
48. R.D. Putnam, « Bowling Alone: America's Declining Social Capital », *Journal of Democracy*, vol. 6, n°1, 1995, p. 65-78.
49. R.D. Putnam, *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*, New York, Simon & Schuster, 2000.
50. T. Poder et J. He, « Social capital and health: what the empirical literature teaches us? », *Global journal of Health Science*, vol. 2, n°1, 2010.
51. H. McKay et C. Shaw, *Juvenile delinquency and urban areas*, Chicago, University of Chicago Press, 1942.
52. N. Scheper-Hughes, *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*, Berkeley and London, University of California Press, 1992.
53. P. Collier, « Doing well out of war: an economic perspective » in *Greed and Grievance: Economic Agendas in Civil Wars*, Berdal M. et Malone D.M. (Eds.), IDRC/Lynne Rienner, Boulder and London, 2000.
54. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS, 2002.
55. F. Bourguignon, « Croissance, distribution et ressources humaines : comparaison internationale et spécificités régionales », *Revue d'économie du développement*, vol. 4, 1993, p. 3-35.
56. T. Person et G. Tabellini, « Is Inequality Harmful for Growth? », *The American Economic Review*, vol. 84, n°3, 1994, p. 600-620.
57. N. Birdsall, D. Ross et R. Sabot, « Inequality and Growth Reconsidered: Lessons From East Asia », *The World Bank Economic Review*, vol. 9, n°3, 1995, p. 347-508.
58. G.R.G. Clarke, « More Evidence On Income Distribution and Growth », *Journal of Development Economics*, vol. 47, n°2, 1995, p. 403-427.

59. O. Galor et H. Zang, « Fertility, income distribution, and economic growth: Theory and cross country evidence », *Japan and the World Economy*, vol. 9, 1997, p. 197-229.
60. G. Loury, « Intergenerational Transfers and the Distribution of Earnings », *Econometrica*, vol. 49, 1981, p. 843-867.
61. O. Galor et J. Zeira, « Income distribution and macroeconomics », *Review of Economic Studies*, vol. 60, 1993, p. 35-52.
62. P. Aghion et P. Bolton, « A Theory of Trickle-Down Growth and Development », *Review of Economic Studies*, vol. 64, 1997, p. 151-172.
63. T. Piketty, « The Dynamics of Wealth Distribution and the Interest Rate with Credit Rationing », *Review of Economics Studies*, vol. 64, 1997, p. 173-189.
64. F. Bourguignon, « Équité et croissance économique : une nouvelle analyse ? », *Revue Française d'Économie*, vol. 3, 1998, p. 25-84.
65. N. Birdsall et J. Londono, « Asset inequality matters: An assessment of the World Bank's Approach to poverty Reduction », *American Economic Review*, vol. 87, n°2, 1997, p. 32-37.
66. W. Lee et J. Roemer, « Income Distribution, Redistributive Politics and Economic Growth », *Journal of Economic Growth*, vol. 3, n°3, 1997, p. 217-240
67. F. Bourguignon et T. Verdier, « Oligarchy, Democracy, Inequality and Growth », *Journal of Development Economics*, vol. 62, n°2, 2000, p. 285-314.
68. R. Keller Celeste et P. Nadanovsky, « How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil », *Health Policy*, vol. 97, n°2-3, 2010, p. 250-258.
69. S.S. Dickerson et M.E. Kemeny, « Acute stressors and cortisol responses », *Psychological Bulletin*, 130, 2005, p. 355-391.
70. M. Marmot, *Status syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*, London, Bloomsbury, 2004.
71. S.J. Charlesworth, P. Gilfillan, et R.G. Wilkinson, « Living inferiority », *British Medical Bulletin*, vol. 69, 2004, p. 49-60.

72. J. Gilligan, *Violence: Our deadly epidemic and its causes*, New York, Putnam, 1996.
73. D. Qin, M-A. Cagas, G. Ducanes, X. He, R. Liu et S. Liu, « Effects of income inequality on China's economic growth », *Journal of Policy Modeling*, vol. 31, n°1, 2009, p. 69-86.
74. F-C. Bagliano et G. Bertola, *Models for dynamic macroeconomics*, Oxford: Oxford University Press, 2004.
75. A. Kunst et al., « Inégalité sociale de mortalité prématurée : La France comparée aux autres pays européens », in *Les Inégalités Sociales de Santé*, eds Leclerc A. et al., Paris : La Découverte / INSERM, 2000, p. 53-68.
76. N.A. Ross, M.C. Wolfson, J.R. Dunn, J.-M. Berthelot, G. Kaplan et J. Lynch, « Relation Between Income Inequality and Mortality in Canada and in the United States: Cross Sectional Assessment Using Census Data and Vital Statistics », *British Medical Journal*, vol. 320, n° 7239, 2000, p. 898-902.
77. E. Arias, R.N. Anderson, H.-C. Kung, S.L. Murphy et K.D. Kochanek, « Deaths: Final Data for 2001 », *National Vital Statistics Reports*, vol. 52, n° 3, 2003, p. 1-116.
78. T. Van Ourti, E. van Doorslaer et X. Koolman, « The effect of income growth and inequality on health inequality: Theory and empirical evidence from the European Panel », *Journal of Health Economics*, vol. 28, p. 525-539.
79. C.J. Ruhm, « Commentary: mortality increases during economic upturns », *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, 2005, p. 1206–1211.