

**Université de Montréal**

**Inégalités des revenus et santé perçue – recherche  
comparative dans trois pays européens**

Par

Sten Morten Wahrendorf

Département de Sociologie

Faculté des Arts et Sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en Sociologie

Août, 2004

© Sten Morten Wahrendorf, 2004



HM

15

V54

2005

V.005

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Inégalités des revenus et santé perçue – recherche  
comparative dans trois pays européens

présenté par :  
Sten Morten Wahrendorf

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Andrée Demers  
Président rapporteur

Paul Bernard  
Directeur de recherche

Marie-France Raynault  
Co-directrice de recherche

Alain Noël  
Membre du jury

Mémoire accepté le : 26 octobre 2004

## SOMMAIRE

Afin d'expliquer la relation entre la santé des populations et les inégalités des revenus, les recherches actuelles se situent principalement autour du débat entre l'approche psychosociale et néo-matérialiste. Après une description de ces deux approches, le présent travail vise à introduire une perspective qui se fonde sur une typologie des différents régimes providentiels. L'objet d'examen est ici en particulier les conséquences de ces régimes sur les mécanismes qui fondent des interprétations psychosociale et néo-matérielle. Le fondement empirique pour notre recherche est constitué par les données du « European Social Survey » des années 2002/2003 pour l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède. Les résultats indiquent que l'universalité des programmes sociaux réduit l'effet du revenu sur la santé perçue : pour les individus se situant au bas de l'échelle, en Allemagne et au Royaume-Uni, le revenu joue un rôle important au long de nos résultats par rapport aux résultats pour la Suède. L'effet du revenu relatif se manifeste largement à travers la situation économique perçue, ce qui souligne l'importance de la dimension subjective du concept de la privation relative. Le mariage a un effet prophylactique par rapport à la santé, sauf en Allemagne. Paradoxalement, le degré de démarchandisation ne semble pas déterminer l'importance d'un emploi: les chômeurs en Suède ont une probabilité plus élevée de rapporter une mauvaise santé que les chômeurs en Allemagne.

Mots-clés : Inégalités des revenus, santé des populations, interprétation psychosociale, interprétations néo-matérielle, régime providentiel

## ABSTRACT

In order to explain the relation between population health and income inequality, current research is mainly characterized by the debate between the psychosocial and the neo-material approach. Besides a description of these two approaches, the aim of this work is to introduce a perspective based on a typology of welfare states. In process, the object of examination is the consequences of these welfare states to the mechanisms which characterize the psychosocial and the neo-material interpretation. The empirical base for our research is the "European Social Survey" 2002/2003 for Germany, the United Kingdom and Sweden. Results support that universalism in social programs reduces the impact of relative income: for the individuals at the bottom of the social scale income is playing an important role along our results in Germany and in the United Kingdom compared to the results for Sweden. The effect of the relative income appears to be largely mediated by the self-perceived economic situation. This indicates the importance of the subjective dimension of the concept of relative deprivation. Marriage has a prophylactic effect on health except for Germany. Paradoxically, the degree of decommodification seems not to determine the importance of the employment status: unemployed individuals have a higher probability of reporting bad health in Sweden than in Germany.

Keywords: Income inequality, population health, psychosocial interpretation, neo-material interpretation, welfare state

## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX:</b> .....	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES:</b> .....	<b>VII</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>VIII</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1: LES INÉGALITÉS DES REVENUS ET LA SANTÉ</b> .....	<b>4</b>
1.1 L'interprétation du revenu individuel ou l'artéfact du gradient .....	4
1.2 L'interprétation psychosociale .....	6
1.2.1 La privation relative et la santé .....	6
1.2.2 Spécifications et critiques .....	8
1.3 L'interprétation néo-matérialiste .....	13
<b>CHAPITRE 2: LES RÉGIMES PROVIDENTIELS</b> .....	<b>18</b>
2.1 La typologie.....	19
2.1.1 Le régime libéral .....	20
2.1.2 Le régime conservateur .....	21
2.1.3 Le régime social-démocrate.....	22
<b>CHAPITRE 3: LES EFFETS DES RÉGIMES ET QUESTIONS DE RECHERCHE</b> .....	<b>24</b>
3.1 Les effets possibles des régimes sur la relation entre l'inégalité des revenus et la santé des populations.....	24
3.2 Questions de recherche .....	29
<b>CHAPITRE 4: L'OPÉRATIONNALISATION</b> .....	<b>33</b>

4.1	La Base de données et le choix des pays .....	33
4.1.1	Le European Social Survey (ESS) .....	33
4.1.2	Les pays choisis.....	34
4.2	Le choix des variables.....	36
4.2.1	La variable dépendante : la santé perçue .....	37
4.2.2	La privation relative .....	38
4.2.3	Les variables sociodémographiques .....	45
<b>CHAPITRE 5: LES MÉTHODES D'ANALYSE.....</b>		<b>48</b>
5.1	Les analyses descriptives et bivariées.....	48
5.2	Les analyses multivariées.....	49
5.2.1	La régression logistique : principes de base .....	49
5.2.2	Les étapes des analyses multivariées.....	55
<b>CHAPITRE 6: RÉSULTATS DES ANALYSES DESCRIPTIVES.....</b>		<b>59</b>
6.1	La santé perçue et le revenu relatif selon les différents groupes de référence ...	59
6.2	La santé perçue selon les autres variables utilisées .....	63
<b>CHAPITRE 7: RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES.....</b>		<b>69</b>
7.1	Modèle 1.....	73
7.2	Modèle 2.....	73
7.3	Modèle 3.....	78
7.4	Modèle 4.....	80
7.5	Modèle 5.....	82
7.6	Modèle 6.....	86
7.7	Modèle complet .....	90
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>97</b>
<b>ANNEXE .....</b>		<b>103</b>

## LISTE DES TABLEAUX:

Tableau 1:	La typologie des régimes providentiels d'après Esping-Andersen (1990)	23
Tableau 2:	Les effets possibles des régimes sur les mécanismes à la base des interprétations psychosociale et néo-matérielle	28
Tableau 3:	Taille de l'échantillon et taux de réponse pour les pays choisis	35
Tableau 4:	Les inégalités des revenus et la santé des populations selon les trois pays choisis	36
Tableau 5:	Les variables utilisées dans les analyses provenant du ESS	47
Tableau 6:	Matrice de corrélation entre les variables du statut socio-économiques	58
Tableau 7:	La santé perçue et revenu relatif selon différents groupes de référence	60
Tableau 8:	La santé perçue et revenu relatif : catégories dichotomisées	62
Tableau 9:	La santé perçue selon les variables utilisées et les pays	65
Tableau 10:	Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour la Suède	70
Tableau 11:	Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour le Royaume-Uni	71
Tableau 12:	Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour l'Allemagne	72

## LISTE DES FIGURES:

Figure 1:	L'interprétation psychosociale	8
Figure 2:	L'interprétation néo-matérialiste (adaptée de Judge et Paterson, 2001)	16

## REMERCIEMENTS

Je remercie mon directeur de recherche, Paul Bernard ainsi que ma co-directrice Marie-France Raynault. Je remercie l'Université de Montréal et le GRASP pour le soutien financier qui m'a permis de compléter mes études à l'étranger.

En particulier, je veux dire merci à Michael Lemay qui a chaleureusement et avec patience assisté à la réalisation de ce mémoire. Merci aussi à Volker Hüfken, Claire Durand et Thomas K. Legrand pour le soutien méthodologique. Enfin, je remercie Jette, Edith, Sophie, Marie-Ève et Éspérance pour leur aide et support.

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## **Les inégalités des revenus comme facteur de risque pour la santé**

Un objet important de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé est l'examen du lien entre la santé d'un individu et sa position sur l'échelle sociale. Un des principaux résultats de ces recherches est le fait que la morbidité et la mortalité se distribuent selon un gradient social, c'est-à-dire qu'il existe une relation inverse entre la position occupée par l'individu dans l'échelle sociale et le risque de morbidité et de mortalité (Marmot, 1978 ; Townsend et al, 1982). En étendant ce raisonnement, nous pourrions déduire, en ce qui a trait aux recherches comparatives entre différents pays occidentaux, que les pays dont le revenu moyen est élevé par rapport à d'autres pays sont aussi en meilleure santé. Cependant, on a constaté que les pays avec le revenu moyen le plus élevé ne sont pas nécessairement ceux dont la population présente le meilleur état de santé. Ce ne sont également pas les pays qui investissent le plus dans le système de santé. Ainsi, la question est de savoir la raison pour laquelle des pays pauvres comme le Costa-Rica ou le Cuba ont la même espérance de vie que des pays riches comme l'Allemagne, les Pays-Bas ou l'Autriche ?<sup>1</sup> Ou encore, pour reprendre les mots de Wilkinson (1996) : « What makes some societies healthier than others? »

Afin d'examiner cette question, plusieurs chercheurs ont documenté l'existence d'un rapport entre les inégalités des revenus et la santé de la population de certains pays

---

<sup>1</sup> Voir OMS, 1998

occidentaux. Au coeur des recherches se situe l'hypothèse des inégalités des revenus (« *income inequality hypothesis* », Wilkinson, 1996). Celle-ci suppose que ce n'est pas le revenu moyen mais les inégalités des revenus qui représentent le déterminant fondamental de la santé des populations : les inégalités des revenus exerceraient une influence contextuelle pouvant expliquer la variation entre différentes sociétés occidentales. En conséquence, une mauvaise santé se retrouve dans les pays développés où les inégalités de revenu sont les plus fortes, et non pas dans ceux où le revenu moyen est le plus faible. Autrement dit, dans les pays de l'OCDE, ce ne sont pas nécessairement les pays à plus faible revenu qui sont en mauvaise santé mais plutôt les pays où les inégalités sont les plus prononcées.

Dans ce cadre, nous examinerons les inégalités des revenus et les mécanismes par lesquelles celles-ci peuvent influencer la santé. La question est donc de connaître la façon dont les inégalités des revenus, en tant que facteur collectif, ont, le cas échéant, une influence contextuelle sur la santé d'une population ou encore : Comment les inégalités influencent-elles la santé? Ou, plus généralement : Comment peut-on expliquer la relation mesurée entre les inégalités des revenus et la santé des populations ?

Afin de répondre à ces questions et d'expliquer cette relation, plusieurs interprétations se distinguent et conduisent à plusieurs débats (Marmot et Wilkinson, 2001; Kawachi et al., 2002; Coburn, 2004). On y retrouve trois interprétations principales (Lynch et al. 2000b) : l'interprétation par les effets de composition du revenu individuel, l'interprétation psychosociale et l'interprétation néo-matérialiste (N-M). Nous

allons exposer ici ces interprétations et illustrer les différentes perspectives que l'on retrouve afin d'interpréter la relation. Nous voulons nous concentrer ici sur l'interprétation psychosociale et N-M et examiner les mécanismes causaux à la base de ces interprétations. Par la suite nous allons introduire dans le débat une perspective qui se fonde sur une typologie des différents régimes providentiels. C'est ici que nous voulons parler des conséquences de ces régimes sur les mécanismes qui fondent les interprétations psychosociale et néo-matérielle.

# CHAPITRE 1: LES INÉGALITÉS DES REVENUS ET LA SANTÉ

## 1.1 L'interprétation du revenu individuel ou l'artéfact du gradient

L'interprétation sur la base du revenu individuel s'oppose à l'idée selon laquelle les inégalités des revenus exercent comme telles une influence directe significative sur la santé d'une population. Autrement dit, elle ne pose pas une influence contextuelle entre les deux phénomènes et remet en question que les fortes inégalités des revenus exercent une influence indépendante sur la santé des populations. Selon cette interprétation, le rapport mesuré peut être expliqué par le caractère de la relation entre le revenu et la santé sur le plan individuel (Gravelle, 1998). Il s'agirait d'un effet de composition et non pas d'un effet de contexte. En d'autres termes, cette interprétation suppose que l'effet mesuré ressort d'une simple agrégation des relations sur le plan individuel. Plus précisément, Robert et House écrivent:

*« This effect occurs because an increase in community income inequality will always disproportionately hurt the health of the poor more than it will benefit the health of the rich, which is because there is a greater impact of income on health at lower levels of individual- or family level income. »*

Cette interprétation diverge de la supposition selon laquelle il existe une influence des inégalités des revenus sur l'état de santé d'une société. Elle suppose qu'il s'agit plutôt d'un simple artéfact. En d'autres termes, la santé des populations n'apparaît

pas liée directement aux inégalités des revenus. Les inégalités des revenus n'exercent pas d'effet contextuel ou encore, pour reprendre les mots de Gravelle (1998) :

*“If the relation between the individual risk of mortality and individual income is non-linear, at least part and possibly all of the correlation will be artefactual.”*

Cependant, tel que Lynch et al. en discutent (2000), de multiples recherches ont pu démontrer que les variations de l'état de santé des populations ne peuvent pas être expliquées principalement par la relation sur le plan individuel. Les recherches ont démontré qu'un effet contextuel existe même si l'on contrôle pour une influence du revenu individuel. (Pour un résumé systématique des recherches précédentes voir : Lynch et al., 2004). Lynch et al. soulignent ainsi que l'interprétation sur la base du revenu individuel explique *'only a modest proportion of the observed aggregate variation in mortality [...]*. Nous retenons ainsi qu'il existe effectivement un effet contextuel indépendant des inégalités de revenu individuel et que la relation entre les inégalités des revenus ne peut pas uniquement être expliquée par une relation sur le plan individuel. L'interprétation sur la base du revenu individuel ne tente pas de donner une interprétation des mécanismes causaux qui peuvent expliquer cet effet contextuel des inégalités des revenus sur la santé et se limite au revenu individuel comme déterminant de la santé pour expliquer la relation.

## 1.2 L'interprétation psychosociale

### 1.2.1 La privation relative et la santé

L'interprétation psychosociale, principalement formulée par le Britannique Richard Wilkinson, constitue une approche importante. Par rapport à l'approche du revenu individuel, elle suppose que les inégalités des revenus ont une importante influence contextuelle qui peut expliquer les variations de l'état de santé des populations. Elle met l'accent sur les conséquences psychosociales reliées aux inégalités des revenus au sein des populations et sur leurs effets négatifs sur la santé. Soulignons que cette interprétation s'éloigne des conditions matérielles qui entourent un individu. C'est-à-dire qu'elle suppose que les besoins matériels sont généralement couverts dans les sociétés occidentales et souligne l'importance des aspects psychosociaux (frustration, désespoir, méfiance, insatisfaction, etc.) À ce propos, Wilkinson (1999, p.257) écrit :

*« The main material and behavioural determinants of health - diet, absolute poverty, unemployment, exercise, drug abuse, housing etc. - tend to be more widely recognized...but research increasingly suggests that many of the socio-economic determinants of health have their effects through psychosocial pathways. »*

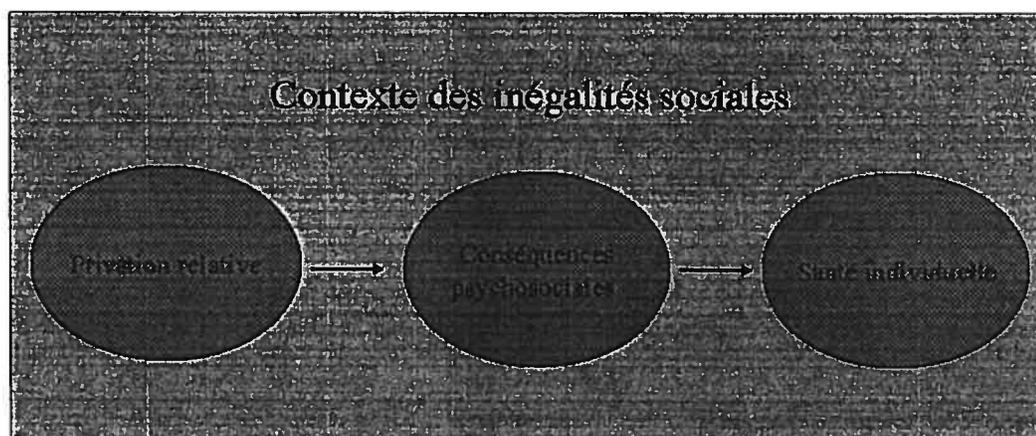
Wilkinson souligne que les conséquences psychosociales rattachées à la perception de la position occupée par l'individu sur l'échelle sociale peuvent avoir de grandes conséquences sur la santé. Selon Wilkinson, les inégalités des revenus déterminent cette perception. Étant en interaction avec d'autres individus (soit

directement ou via les médias), les gens sont conscients les uns des autres et se comparent. Cette mise en comparaison détermine le sens attribué par chacun à sa condition. Un individu qui vit dans une société égalitaire se retrouve moins souvent en présence d'individus nettement mieux nantis que lui-même. Dans ce contexte, il souffre moins souvent d'un sentiment de défavorisation ou de privation relative. Conséquemment, plus l'écart sur l'échelle sociale est grand, plus les gens au bas de l'échelle ont une mauvaise perception d'eux-mêmes et plus ils souffrent de privation relative. La proportion des gens qui vivent une situation de privation est ainsi plus grande au sein des sociétés inégalitaires. Ainsi, la situation économique est fortement dépendante de la société. Dans ce contexte, les inégalités des revenus déterminent aussi généralement le niveau de conflit entre les différentes couches sociales, ce qui influence en même temps le climat d'une société, le niveau de confiance qu'on y retrouve. En d'autres termes, les inégalités des revenus peuvent aussi avoir une incidence sur la santé par l'intermédiaire de leur impact sur la cohésion sociale ou le capital social sur le plan collectif (Kawachi et al. 1997). C'est donc surtout dans les sociétés inégalitaires que l'on retrouve un climat « empoisonné » ou bien un mauvais « capital social ». En résumé, nous parlons dans ce contexte d'une privation relative liée aux inégalités des revenus et de leurs conséquences psychosociales. Les sentiments éventuels liés aux inégalités prononcées sont par exemple les suivants (Veenstra, 2001) :

*« [...] les soucis , un état d'excitation, un sentiment d'infériorité, une faible estime de soi, la honte et l'embarras, de même que la reconnaissance de la nécessité d'avoir à se battre pour acquérir les ressources que l'on ne peut se procurer autrement ».*

La figure 1 résume la relation entre les inégalités des revenus et la santé des populations suggérée par l'interprétation psychosociale. La relation entre la privation relative et la santé individuelle est encadrée par le contexte des inégalités sociales, qui déterminent le niveau de privation relative.

Figure 1: L'interprétation psychosociale



### 1.2.2 Spécifications et critiques

Plus précisément, nous pouvons identifier deux réalités auxquelles renvoie le concept de privation relative, deux sources de cette privation (Kairouz et Demers, 2003) : d'une part, la position relative elle-même objectivement occupée au sein d'un groupe de référence et, d'autre part la perception subjective de la position occupée (Kairouz et Demers, 2003). Il s'agit ainsi non seulement de la position occupée sur l'échelle sociale, mais aussi du sens attribué par chacun à sa position. C'est ici que nous pouvons aussi distinguer la privation objective et la privation subjective.

### *L'objet de comparaison*

Afin de déterminer la position relative sur la base des approches de la recherche sur la pauvreté relative (Townsend, 1979), l'approche psychosociale utilise en général le revenu. Cette idée est aussi à la base de l'hypothèse du revenu relatif. Celle-ci suggère, de façon cohérente avec l'approche psychosociale, qu'une situation économique est fortement dépendante du contexte sociétal dans lequel l'individu évolue. Cependant, il nous semble que le concept de privation relative n'implique pas nécessairement que l'objet de comparaison soit uniquement le revenu. En d'autres termes, il est aussi probable que l'on se compare, par exemple, selon le niveau d'éducation ou bien le prestige attaché à un emploi. Prenons l'exemple d'un écrivain. Celui-ci est probablement pauvre, mais attribue tout de même un sens positif à sa position par rapport aux autres, étant donné qu'il a possiblement un niveau d'éducation élevé. Ce n'est donc pas nécessairement le revenu individuel qui est l'objet de comparaison. En conséquence, les sentiments de privation relative qui influencent la santé ne nous semblent pas forcément limités à une privation sur la base du revenu. Il est plausible que, précisément dans les sociétés égalitaires, où les besoins matériels sont généralement couverts pour une large part de la société, les besoins immatériels (aussi appelés postmatériels) soient plus importants. En d'autres termes, sur la base du passage des valeurs matérielles aux valeurs postmatérielles<sup>2</sup>, une comparaison par rapport à d'autres objets tel que l'éducation ou le prestige de la profession apparaît tout aussi plausible. Ainsi, nous supposons que l'importance du revenu comme objet de comparaison varie selon le degré d'inégalité des revenus.

---

<sup>2</sup> Pour une analyse du passage des valeurs matérielles aux valeurs postmatérielles, voir Inglehart (1997).

### *Le groupe de référence*

Le concept de la privation relative part de l'idée que l'individu se compare avec d'autres individus. Le groupe auquel l'individu se réfère constitue le groupe de référence. C'est ici que nous retrouvons une faiblesse potentielle de cette approche. L'approche psychosociale prend le plus souvent comme groupe de référence le pays entier et son degré d'inégalité des revenus (Wilkinson, 1996). Ceci semble plausible car les individus sont conscients les uns des autres par les médias nationaux. Cependant, cela constitue en même temps un problème pour l'interprétation psychosociale. En effet, il semble possible que l'individu se compare non pas à la société dans son ensemble, mais plutôt à sa région plus immédiate, avec les gens avec qu'il est en contact quotidien ou qu'il croise (Ross et al., 2000; Mackenbach, 2002). En plus de cette référence à la proximité géographique, nous pouvons aussi évoquer la possibilité que le groupe de référence soit formé sur la base d'une similarité de statut. Il est probable, par exemple, qu'un étudiant se compare plutôt avec d'autres étudiants et non pas avec une femme retraitée, par exemple, même si celle-ci vit dans le même immeuble que l'étudiant. De ce fait, quelques recherches utilisent d'autres groupes de référence que le pays entier en argumentant que ces derniers sont plus appropriés. En utilisant des groupes de référence basés sur la similarité des individus (même catégorie d'âge, d'éducation et de « groupe racial »), Eibner et Evans (2001) présentent par exemple des résultats indiquant qu'une privation au sein de ces groupes a un impact plus fort sur la santé qu'une privation au sein de groupes définis sur la base de la proximité géographique.

En plus de ces comparaisons à d'autres individus faisant partie de l'entourage social, que nous pouvons nommer *comparaison par rapport à l'espace social*, il semble plausible qu'un individu se compare aussi à d'autres individus qui ne font pas nécessairement partie de l'environnement contemporain. C'est ici que l'on retrouve aussi l'idée qu'une situation antérieure représente la référence (Kairouz et Demers, 2003). Dans ce cas, l'individu se compare non pas à son entourage mais à la situation qu'il vivait des années plus tôt, à une autre période ou à celle des parents. En étendant ce raisonnement, l'expérience de la mobilité descendante devrait aussi avoir une influence sur le sentiment de défavorisation.<sup>3</sup> Le groupe de référence est donc ici une situation vécue à une époque antérieure plutôt que le pays entier et à son niveau d'inégalité des revenus. En résumé, nous pouvons distinguer deux types de groupe de référence possible: la comparaison par rapport à l'espace social mais aussi *la comparaison dans le temps social*.

Nous voulons retenir deux aspects concernant l'approche psychosociale. (1) Premièrement, il nous apparaît théoriquement contestable qu'un individu se compare principalement à la société dans son ensemble (i.e. aux USA), contrairement à ce que prône l'approche psychosociale. D'autres groupes de références apparaissent aussi plausibles. Dans ce contexte, les groupes de références basés sur la similarité (i.e. même

---

<sup>3</sup> N'oublions pas que la littérature mentionne aussi qu'une mauvaise santé peut forcer une mobilité descendante, tel qu'il est suggéré dans la quatrième explication du Black Report (selection hypotheses). (Cardano et al., 2004) Dans ce contexte, ce n'est pas la mobilité ascendante qui influence la santé, mais plutôt un mauvais état de santé qui amène à une descente sociale. Par rapport à notre raisonnement, la causalité est ainsi inverse.

catégories d'âges) nous semblent tout aussi plausibles. (2) Deuxièmement, nous nous demandons également si la comparaison se fait uniquement sur la base du revenu. Ici, d'autres objets de références apparaissent aussi plausibles, comme le niveau d'éducation.

En somme, nous retenons que l'approche psychosociale s'éloigne de la position absolue d'un individu (privation absolue). Elle met l'accent sur la position relative (privation relative) d'un individu sur l'échelle sociale dans le contexte des inégalités des revenus. L'approche psychosociale nous semble ici surestimer les conséquences psychosociales issues d'une comparaison du revenu par rapport au pays entier et à niveau d'inégalités des revenus. Nous nous demandons non pas si une privation relative et ses conséquences psychosociales influencent négativement la santé, mais plutôt si ce sont vraiment les inégalités des revenus et le revenu comme objet de comparaison qui causent un sentiment de privation.

### 1.3 L'interprétation néo-matérialiste

En critiquant l'approche psychosociale et l'accent que celle-ci met sur les conséquences psychosociales provenant de la position relative et de la perception subjective de celle-ci, l'interprétation néo-matérialiste (N-M) examine la relation entre les inégalités des revenus et la santé dans un cadre plus large. Elle s'inspire de l'idée originale présentée dans le « Black Report »<sup>4</sup> (Townsend et al., 1982) mettant l'accent sur les conditions matérielles (explication matérialiste/structuraliste).

Afin d'expliquer la relation entre les inégalités des revenus et la santé, elle s'intéresse en particulier aux conditions de vie matérielles qui ne sont pas reliées au statut socioéconomique individuel, mais plutôt à la communauté entière. C'est-à-dire qu'il s'agit des conditions de vie matérielles qui font partie du contexte sociétal et qui sont en particulier déterminées par l'État et ses politiques, mais pour lesquelles l'individu n'a pas besoin de dépenser une partie de son revenu. Autrement dit, il s'agit des conditions matérielles qui augmentent le niveau de vie des individus et qui sont offertes gratuitement ou à des prix subventionnés. Étant donné que l'individu ne dépense que peu ou pas du tout pour ces services, cela ne se traduit pas dans son revenu. C'est ici que nous parlons des conditions néo-matérielles, comme les soins de santé gratuits, l'éducation publique, le logement social, etc..

---

<sup>4</sup> Ce rapport met l'accent sur le statut socioéconomique et les conditions de vie qui y sont rattachées pour expliquer l'existence des inégalités sociales de santé. En d'autres termes, les différentes conditions de vie associées à certaines couches sociales (par exemple, l'alimentation ou les conditions de travail) influencent sa susceptibilité aux maladies de même que ses habitudes de vie défavorables à la santé.

Dans ce contexte, l'approche N-M situe la relation entre les inégalités des revenus et la santé dans un cadre plus large et s'intéresse aux origines des conditions et à leurs relations avec les inégalités des revenus. C'est-à-dire qu'elle soulève la question de savoir si ce sont vraiment les inégalités des revenus qui influencent la santé ou bien si certains « éléments de second plan » (Veenstra, 2001), tel que les processus politiques, influencent en même temps les conditions néo-matérielles et la distribution des revenus. En d'autres termes, elle s'intéresse plutôt aux origines des inégalités des revenus et aux conséquences de ces « origines » sur les conditions néo-matérielles. En conséquence, les inégalités des revenus ne se situent pas « au début » d'une explication de la relation entre les inégalités des revenus et la santé des populations. Nous retrouvons ici en particulier les processus politiques qui influencent les conditions néo-matérielles. Soulignons que les déterminants importants de la santé des populations sont ici les conditions néo-matérielles et non pas d'abord les conséquences psychosociales reliées aux inégalités des revenus. À ce propos, Lynch et al. (2000b) écrivent:

*« We do not deny negative psychosocial consequences of income inequality, but we argue that interpretation [sic] of links between income inequality and health must begin with the structural causes of inequality and not just focus on perceptions of that inequality. »*

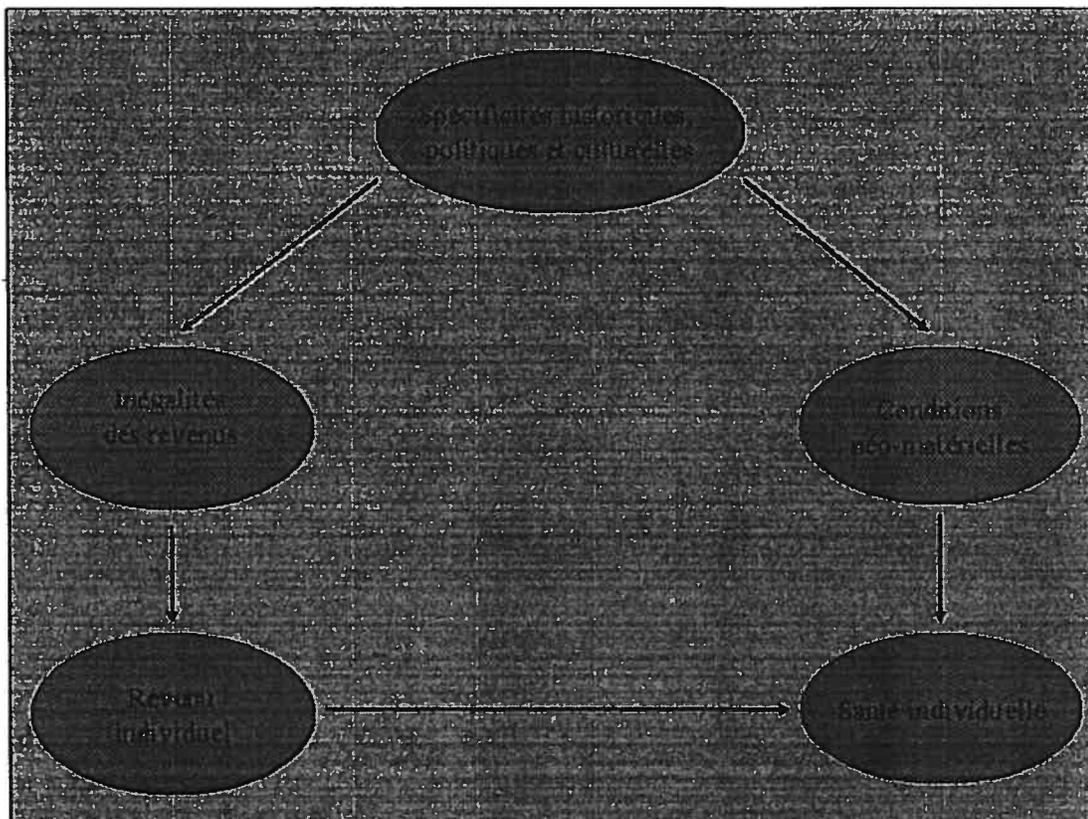
Il est donc d'intérêt de connaître les causes structurelles des deux phénomènes (les conditions N-M et les inégalités des revenus). Comme le disent Lynch et al. (2000a):

*“Income inequality is but one, albeit important manifestation of a set of background historical, political, cultural and economic factors. These background factors not only produce a particular pattern of income distribution, but also create a context of community infrastructure through policies that affect education, public health services, transportation, occupational health regulations, availability of healthy food, zoning laws, pollution, housing etc.”*

En résumé, cette approche met donc l'accent sur les conditions néo-matérielles et leurs influences sur la santé. En examinant les conditions néo-matérielles, telles que l'éducation publique ou les services de santé, l'approche N-M permet de constater que ces dernières, de même que les inégalités des revenus, sont fortement reliées à des processus politiques. Un autre aspect important de ce raisonnement concerne le rôle du revenu individuel, qui varie selon les conditions N-M. Imaginons, par exemple, une société dans laquelle le secteur public fournit une multitude de services sociaux et où l'individu n'est, en conséquence, pas forcé à faire de grandes dépenses pour maintenir ses conditions de vie. Dans ces sociétés, le revenu individuel ne constitue pas la seule source élémentaire du bien-être. De ce fait, le revenu ne serait pas un déterminant important de la santé. Autrement dit, le fait d'avoir un faible revenu dans une société égalitaire avec des programmes sociaux généreux n'a pas d'influence importante sur la santé car l'individu profite de conditions bénéfiques pour sa santé qui ne se traduisent pas forcément dans son revenu individuel. Ainsi, contrairement à l'hypothèse du revenu relatif, le revenu individuel et son effet sur la santé dépend non seulement des inégalités

des revenus, mais aussi et surtout des conditions néo-matérielles comme déterminant important de la santé. La figure suivante montre les idées centrales de l'approche N-M.

Figure 2: L'interprétation néo-matérialiste (adaptée de Judge et Paterson, 2001)



Comme nous l'avons mentionné précédemment, les inégalités des revenus sont insérées dans un cadre plus large. Elles ne se situent pas au début de l'explication. Nous ne retrouvons également pas de relation directe entre les inégalités des revenus et la santé. Nous retrouvons les spécificités historiques, politiques et culturelles au début de l'explication. Les politiques sociales déterminent les conditions néo-matérielles. Celles-ci sont directement reliées à la santé et possèdent une influence importante. De même, les politiques sociales influencent les inégalités des revenus, qui sont reliées avec le

revenu individuel qui influence lui-même la santé. Cependant, son importance varie selon les conditions néo-matérielles.

Les politiques sociales et leurs conséquences sont donc au centre de l'approche N-M. Une société en bonne santé et égalitaire sur le plan des revenus serait donc surtout le résultat de processus politiques adéquats. Autrement dit, les pays présentant une répartition égalitaire des revenus sont en même temps ceux qui développent des politiques sociales offrant un grand nombre de services qui contribuent à augmenter le niveau de santé.

## CHAPITRE 2: LES RÉGIMES PROVIDENTIELS

L'approche néo-matérialiste situe les politiques sociales à l'origine de la relation entre les inégalités des revenus et la santé des divers pays. D'une part, elles influencent les conditions néo-matérielles comme les services publics de santé ou l'éducation gratuite. D'autre part, différentes politiques sociales ont également comme conséquence différents degrés et formes d'inégalités des revenus. Ces politiques renvoient directement aux catégorisations de régimes providentiels utilisées dans les recherches comparatives sur les États providences. De façon analogue à l'approche néo-matérielle, la perspective des différents types de régimes providentiels permet une interprétation plus large, qui place en particulier le type de régime providentiel au début de l'explication. À ce propos, Coburn (2004) souligne :

*“The literature makes clear that income redistribution is an important facet of welfare regimes, but more as a consequence of regime type than as a characteristic or as a determinant.”*

Différentes formes de régimes providentiels ont ainsi comme conséquence différentes formes d'inégalités des revenus. Par exemple l'idée de redistribution, sous forme de transferts monétaires, apparaît être un aspect central du régime providentiel. En plus des politiques de redistribution, nous retrouvons aussi différentes formes de politiques publiques et sociales, qui ont comme conséquences différentes conditions néo-matérielles (Coburn, 2000; 2004).

Nous voulons donc mettre en relief ici les typologies des régimes providentiels et examiner comment ceux-ci se distinguent les uns des autres. Au centre de ces questions sont les conséquences des régimes sur les inégalités des revenus et sur les conditions néo-matérielles, mais aussi leur possible conséquences sur les aspects psychosociaux (niveau de privation), qui renvoient à l'approche psychosociale.

## 2.1 La typologie

Les chercheurs ont pu établir une typologie des régimes providentiels qui permet de les regrouper selon plusieurs types.<sup>5</sup> La typologie des régimes providentiels la plus connue provient d'Esping-Andersen (1990). Il identifie trois types de régime : libéral, conservateur et social-démocrate. Nous allons nous concentrer ici sur cette typologie. Il est important de noter qu'il s'agit uniquement de types purs. Ainsi, nous ne nous attendons pas à retrouver ces types de société tels quels dans la réalité. Les typologies nous permettent plutôt, selon la tradition weberienne, de comprendre et d'expliquer certains phénomènes sociaux.

Un des aspects centraux de ces regroupements fait référence aux différentes politiques publiques des États en matière de sécurité sociale et leurs différentes logiques organisationnelles, qui varient selon les pays. Ces politiques déterminent en particulier le degré auquel les individus d'un pays sont 'démarchandisés' par rapport au marché ou, en d'autres termes, jusqu'à quel point l'État constitue un refuge par rapport au marché libre. Autrement dit, l'individu est rendu plus indépendant du marché (*decommodification*)

---

<sup>5</sup> Pour une description des différents types proposés voir i.e. : Arts et Gelissen, 2002

pour la satisfaction de ses besoins. Le degré de cette démarchandisation est un élément essentiel de la typologie qui varie selon les régimes. De plus, nous pouvons identifier pour chaque régime une institution qui prend une importance plus marquée dans la prestation du bien-être (l'état, le marché ou la famille). Nous allons maintenant décrire plus précisément les trois types.

### 2.1.1 Le régime libéral

Le régime libéral se retrouve surtout dans les pays anglo-saxons. L'idée fondamentale des régimes libéraux est que l'État doit intervenir le moins possible dans l'économie de marché. Selon cette perspective, cette dernière est la meilleure source afin d'assurer le bien-être des individus de la société. Elle constitue ainsi l'institution centrale (Saint Arnaud et Bernard, 2003). Afin d'assurer l'ordre social, l'État tente d'empêcher la pauvreté en fournissant un soutien social de base. Celui-ci est très restrictif et vise uniquement à fournir de l'aide aux individus très pauvres. Cette prestation n'est généralement accordée qu'après un examen des moyens financiers de l'individu et ne couvre que les besoins minimaux. Dans ce contexte, l'assistance sociale constitue, dans les régimes libéraux, une stigmatisation et conduit souvent à l'exclusion sociale des plus pauvres. L'objectif n'est pas d'atteindre l'égalité dans son sens le plus large mais de maintenir un certain degré d'inégalités, qui assure la compétition. Les inégalités apparaissent ainsi plutôt comme un élément fonctionnel. Dans ce contexte, le modèle libéral vise une solution individualiste où, en théorie, tous les individus ont la liberté et la possibilité d'assurer leur bien-être en participant au marché libre. Nous pouvons aussi dire que la liberté constitue le fondement idéologique.

### 2.1.2 Le régime conservateur

Le type conservateur se retrouve surtout dans les pays d'Europe continentale. Bien que l'intervention de l'État y soit plus grande que dans le régime libéral, les prestations sociales n'y sont pas assurées universellement. Le marché est perçu comme la source de risques pour le travailleur (chômage, maladie). Dans ce contexte, les prestations sociales des individus (et de leurs familles) sont attachées à la position occupée dans le marché de travail. Autrement dit, « *Social security must be 'earned' through participation on the labor market* » (Lippl, 1998). En cas de chômage par exemple, l'aide sociale est assignée selon le revenu précédent et garantit pour un individu et sa famille le standard de vie antérieur jusqu'à ce que l'individu réussisse à entrer de nouveau sur le marché du travail. Ceux qui, à long terme, ne participent pas au marché de travail se retrouvent conséquemment défavorisés et exclus socialement. La famille occupe un rôle central et l'État lui assigne une grande responsabilité. C'est elle qui permet l'indépendance du marché (démarchandisation) pour ceux qui vivent avec une personne en emploi. Ainsi, « les politiques sociales de l'État sont d'autant plus familialistes qu'elles misent également sur le maintien du modèle traditionnel du gagne-pain masculin » (Saint Arnaud et Bernard, 2003). De ce fait, les individus apparaissent dépendants de la famille (faible défamilialisation) (Mathieu et Bernard, 2003). Nous retrouvons ici la solidarité comme idéologie prédominante, qui se traduit souvent comme une solidarité de classe, étant donné que les droits sociaux et le niveau des prestations sont attachés à la catégorie professionnelle. Dans ce contexte, le modèle conservateur favorise une hiérarchisation de la société sur la base d'une solidarité de classe. (*status-maintenance*). À ce propos, Olsen (2002) écrit : « ... *conservative-regime welfare states are specifically designed to*

*uphold and reproduce existing status and income differences among members of different classes and sectors in society rather than to create a more egalitarian society.* “

### 2.1.3 Le régime social-démocrate

Le régime social-démocrate se retrouve dans les pays scandinaves. Selon la perspective de ce régime, l'objectif de l'État est ici de réduire les inégalités produites par l'économie privée pour réduire les risques associés. Par rapport au régime libéral et au régime conservateur, l'objectif est ainsi plutôt de contribuer à l'égalité sociale. Dans cette perspective, c'est à travers l'égalité que se conçoit la croissance économique. Nous retrouvons ainsi un État fort, fournissant des programmes sociaux universels. Ce faisant, l'État contribue également à éviter que les familles soient pratiquement les seules responsables des soins aux dépendants (défamilialisation). Chaque individu, indépendamment de sa position précédente sur le marché du travail, a droit à des bénéfices sociaux. Le régime tente de rapprocher les classes sociales et de diminuer les inégalités sociales.

Au sein de notre recherche nous voulons étudier trois pays qui se rattachent à chacun des trois régimes présentés. De ce fait, l'intérêt est par la suite d'examiner plus précisément les effets possibles des régimes sur la relation entre les inégalités des revenus et la santé.

Tableau 1: La typologie des régimes providentiels d'après Esping-Andersen (1990)<sup>6</sup>

Type de régime	Libéral	Conservateur	Social-démocrate
Idée centrale de régulation	Responsabilité personnelle	Hierarchie de statut (status-maintenance)	Universelle
Démarchandisation	Faible	Moyenne	Élevée
Principal effet structural	Exclusion	Segmentation	Inclusion
Institution centrale	Marché	Famille, catégorie professionnelle	État
Pays	État-Unis, Canada, Royaume-Uni	Allemagne, France, Italie, Belgique	Suède, Danemark, Finlande, Norvège

---

<sup>6</sup> Voir aussi Saint-Arnaud et Bernard, 2003

## CHAPITRE 3: LES EFFETS DES RÉGIMES ET QUESTIONS DE RECHERCHE

### 3.1 Les effets possibles des régimes sur la relation entre l'inégalité des revenus et la santé des populations

Sur la base de la typologie, nous voulons examiner les effets possibles des régimes sur la relation entre les inégalités des revenus et la santé. Au centre de ces questions se retrouvent les conséquences des régimes providentiels sur les mécanismes qui sont évoqués dans les interprétations psychosociale et néo-matérielle.

Pour ce qui est du régime libéral, l'objectif n'est pas d'atteindre l'égalité dans son sens le plus large, mais de maintenir un certain degré d'inégalité servant, d'une certaine façon, comme stimulant pour le marché. Nous retrouvons ainsi des inégalités prononcées. Comme le dit Coburn (2000) : *"The more market-oriented or neo-liberal the regime, the greater the income inequality."* De plus, les politiques sociales sont généralement restrictives et limitées. Selon cette perspective, les programmes sociaux menacent la performance économique. La participation au marché libre est ainsi indispensable afin d'assurer le bien-être. Nous y retrouvons donc des mauvaises conditions néo-matérielles et le revenu individuel est un important déterminant du niveau de vie. De plus, l'aide financière apparaît dans la société comme un élément de stigmatisation, ce qui renforce l'exclusion sociale. De ce fait, le modèle libéral vise une solution individualiste, suggérant que les individus ont, théoriquement, la possibilité constante de réussir sur le marché et d'y satisfaire leur bien-être. Dans cette perspective,

la privation relative est importante et elle apparaît comme un mécanisme qui contribue à la performance économique.

Conformément à l'approche N-M, nous pouvons anticiper que c'est justement au sein des régimes libéraux que les populations démontreront un mauvais niveau de santé lié aux mauvaises conditions néo-matérielles. Nous nous attendons, surtout pour les pauvres, à un impact considérable de ces mauvaises conditions, étant donné que peu de services publics sont offerts gratuitement et que le degré de démarchandisation apparaît faible. D'un autre côté, conformément à l'approche psychosociale, nous devrions retrouver un niveau élevé de privation relative, étant donné que les inégalités des revenus sont très prononcées. Il est ici important de souligner que le modèle propose justement que le sentiment de privation est un stimulant pour le marché et que chaque individu doit penser qu'il a la possibilité de réussir sur le marché. Dans cette perspective, une privation sur la base de comparaisons dans le temps social (mobilité descendante) devrait aussi avoir un impact fort. Sur la base d'une faible démarchandisation, la participation au marché et le revenu attaché à l'emploi apparaissent très importants afin d'assurer le bien-être. En résumé, nous suggérons ainsi qu'un individu pauvre vivant dans un régime libéral est fortement touché par une privation relative et se retrouve dans de mauvaises conditions. Ainsi, les deux mécanismes (psychosocial et néo-matériel) pourraient expliquer un mauvais niveau de santé au sein de la population la moins bien nantie.

En opposition directe au régime libéral, nous pouvons décrire le **régime social-démocrate** comme un régime qui fournit universellement des bonnes conditions néo-

matérielles et vise en même temps une distribution plus égalitaire des revenus. Ainsi, nous ne nous attendons pas à y trouver une forte influence de la privation relative sur la base du revenu, étant donné que peu de gens perçoivent leur revenu comme étant inférieur à celui des autres individus. Il se peut également que l'objet de comparaison quant à la privation relative se distingue du modèle libéral. Autrement dit, nous pouvons anticiper que sur la base d'une couverture universelle de besoins matériels, le revenu ne constitue plus un déterminant important, alors que l'éducation et la profession jouent un rôle plus important en tant qu'objets de comparaison. Comme nous l'avons dit, l'État fournit un large éventail de programmes publics, ce qui produit de bonnes conditions néo-matérielles et contribue à une forte démarchandisation. De ce fait, la participation au marché et la dépendance des individus envers leur famille semblent moindres qu'au sein du régime libéral. Le régime social-démocrate agit donc par l'intermédiaire de deux mécanismes pour favoriser la santé : d'un côté, il fournit de bonnes conditions néo-matérielles pour tous les individus; et de l'autre côté sur la base des inégalités modestes, le niveau de privation relative (sur la base du revenu) semble restreint.

Dans le **régime conservateur**, les politiques sociales sont reliées à la position occupée sur le marché. Ainsi, le fait d'avoir un emploi signifie aussi que les individus (et leur famille) bénéficient de bonnes conditions néo-matérielles. En conséquence, contrairement au modèle social-démocrate, le fait d'avoir eu un emploi est une condition nécessaire, afin que l'individu ou sa famille puissent profiter des prestations sociales. Dans cette perspective, la famille et le fait d'avoir un emploi sont un déterminant important du bien-être. Ainsi, étant donné qu'il ne profite pas de bonnes conditions néo-

matérielles, un individu sans soutien familial et qui n'occupe pas d'emploi risque plutôt d'être en mauvaise santé.

De plus, étant donné que les droits sociaux sont accordés selon la place occupée sur l'échelle sociale (*status maintenance*), le modèle conservateur est, comme nous l'avons décrit, traditionnellement segmenté. Cette segmentation apparaît comme la normalité et conduit à une identité de classe. De cette perspective, le modèle ne vise pas particulièrement à permettre l'atteinte de l'égalité dans son sens le plus large. En principe, il se peut donc que cela diminue les comparaisons sociales entre les individus étant donné que ces derniers acceptent en quelque sorte le statu quo. En conséquence, nous nous attendons à ce que la privation relative, telle qu'elle fait partie de l'explication psychosociale, ne constitue pas un déterminant important de la santé dans ces pays. Le tableau suivant résume nos hypothèses.

Tableau 2: Les effets possibles des régimes sur les mécanismes à la base des interprétations psychosociale et néo-matérielle

Type de régime	Libéral	Conservateur	Social-démocrate
<i>Mécanismes psychosociaux</i>	Fort impact d'une privation relative en raison des inégalités prononcées, de la confiance dans le marché libre et de la croyance en la capacité de réussir sur le marché libre.	Impact de la privation relative en raison des inégalités assez prononcées. Mais possiblement, peu de comparaisons sociales en raison d'une segmentation traditionnelle et de l'acceptation générale du statu quo.	Peu de privation relative en raison des égalités sociales modérées. Impact probablement plus important de l'éducation et de la profession.
<i>Mécanismes néo-matérialistes</i>	Mauvaise conditions néo-matérielles pour les individus à faible revenu en raison de l'accent mis sur le marché comme source du bien-être et, conséquemment, peu de prestations sociales par l'État	Les conditions néo-matérielles sont attachées à l'état civil et à la catégorie professionnelle en raison du fait que les droits sociaux sont rattachés à la participation au marché et à la famille.	Généralement, bonnes conditions matérielles non attachées à une catégorie ou à un statut particulier / indépendance envers famille et statut d'emploi (universaliste)

### 3.2 Questions de recherche

Les recherches actuelles sur la relation entre les inégalités des revenus et la santé se centrent principalement sur le débat entre les approches psychosociale et néo-matérialiste. Nous avons mentionné que l'interprétation psychosociale met l'accent sur l'importance des mécanismes psychosociaux reliés à une position relative sur l'échelle sociale et à la perception subjective de celle-ci. Cependant, sur la base des critiques concernant l'interprétation psychosociale et l'accent qu'elle place sur les aspects psychosociaux, l'interprétation néo-matérialiste propose une perspective plus large mettant l'accent sur les conditions néo-matérielles favorisées par les politiques sociales. Soulignons que les deux interprétations ne s'excluent pas mutuellement et qu'elles nous apparaissent même compatibles. Autrement dit, les deux mécanismes (psychosociaux et N-M) semblent influencer tous deux la santé. Une explication causale de la relation entre les inégalités des revenus et la santé demande une perspective nuancée, incluant à la fois les conséquences psychosociales reliées à la position relative occupée sur l'échelle sociale et les conditions néo-matérielles favorisées par les politiques sociales. Nous voulons ainsi connaître l'importance des conditions néo-matérielles et de la privation relative dans l'explication des variations dans la santé des populations des pays occidentaux.

La typologie des régimes providentiels permet une interprétation plus complète et systématique de la relation observée entre les inégalités des revenus et la santé d'une population en regardant leur impact possible au niveau de la privation relative de même que sur les conditions néo-matérielles. Nous avons d'abord mentionné que les régimes

influencent le niveau mais aussi la nature de la privation relative, surtout par l'intermédiaire du niveau d'inégalité des revenus. Ensuite, les régimes providentiels déterminent la nature et le niveau des conditions néo-matérielles étant donné que les prestations sociales et leur logique organisationnelle varient selon les régimes. L'importance des mécanismes néo-matériels varie ainsi selon les régimes.

L'intérêt de notre travail est en somme d'examiner, sur la base d'une typologie des régimes providentiels, les mécanismes mentionnés dans les approches psychosociale et néo-matérielle. Les questions qui seront explorées sont les suivantes : De quelle façon la typologie des régimes permet-elle une interprétation plus systématique, comprenant les conséquences qu'ont les régimes sur les conditions néo-matérielles mais aussi sur le sens attaché aux mécanismes psychosociaux ? Quelle contribution apporte le concept de privation relative et l'approche N-M à l'explication de la relation entre les inégalités des revenus et la santé ? Sur la base de la typologie des régimes providentiels et de notre raisonnement théorique sur les effets appréhendés de ces derniers sur les mécanismes à la base des approches psychosociale et N-M, nous pouvons ainsi formuler les hypothèses suivantes :

Pour ce qui est des régimes libéraux, premièrement, nous avons montré que la privation relative sert d'incitatif à la performance économique et que nous retrouvons des inégalités des revenus prononcées. Les individus pensent avoir une chance théorique de connaître une mobilité sociale ascendante. De ce fait, nous nous attendons à un fort impact de la privation relative (sur la base du revenu) sur la santé, de même qu'à un fort impact de l'expérience d'une mobilité descendante. En ce qui a trait aux conditions néo-

matérielles, nous avons mentionné que le marché constitue la source principale du bien-être pour l'individu. Le niveau de démarchandisation est faible. Ainsi, l'emploi et la participation au marché sont des conditions importantes afin de pouvoir assurer le bien-être. Les programmes sociaux sont généralement limités et chaque individu est forcé de faire le gros des dépenses requises pour maintenir ses conditions de vie. De ce fait, nous nous attendons à une grande importance du revenu et du statut d'emploi. Autrement dit, ce sont surtout les pauvres et les sans-emploi qui souffriront des mauvaises conditions néo-matérielles.

Pour ce qui est du régime conservateur, deuxièmement, nous supposons une influence singulière de la privation relative, fruit de deux mécanismes opposés. D'un côté, en raison des inégalités assez prononcées, nous nous attendons, conformément à l'approche psychosociale, à une certaine influence de la privation relative. Par contre, la segmentation traditionnelle et une certaine solidarité de classe semblent, comme nous l'avons décrit, affaiblir le sens accordé à la privation au sein de ce régime. En d'autres termes, la prévalence des comparaisons sociales est réduite étant donné que l'on accepte en quelque sorte le statu quo. Lorsqu'il y a comparaison, le point de référence à la base de ces dernières (i.e. médiane des revenus) se situe à l'intérieur des classes, ce qui permet d'anticiper peu d'effet de la privation relative. Dans ce contexte, nous pouvons aussi anticiper que l'objet de comparaison n'est pas nécessairement le revenu, mais plutôt l'éducation. À propos des conditions néo-matérielles, les prestations sociales apparaissent attachées à la catégorie professionnelle et à l'état civil. Nous avons évoqué que la famille représente un refuge important pour les individus. De ce fait, nous

supposons que ce sont surtout les individus sans emploi ou sans entourage familial qui souffrent de mauvaises conditions N-M.

Troisièmement, le modèle social-démocrate se positionne d'une certaine manière en opposition directe au modèle libéral. Les inégalités sont peu prononcées et les conditions néo-matérielles sont en général bonnes, ce qui laisse entrevoir qu'il y a peu de privation relative sur la base du revenu. Cependant, nous pouvons anticiper qu'une privation sur la base de l'éducation et la profession joue un certain rôle. Sur la base des programmes sociaux universels et d'un niveau élevé de défamilialisation, nous nous attendons à ce que l'emploi et la famille jouent un rôle de moindre importance.

## CHAPITRE 4: L'OPÉRATIONNALISATION

Les recherches traitant de la relation entre les inégalités sociales et la santé des populations ont connu un développement important au cours des dernières années. Cependant, l'examen empirique de cette relation comporte encore des problèmes. Nous retrouvons des recherches qui utilisent seulement des données agrégées (i.e. relation entre l'indice Gini et mortalité; pour un résumé systématique des recherches précédentes, voir : Lynch et al., 2004). En raison de l'erreur écologique, ces recherches peuvent seulement examiner une influence au niveau agrégé. Un examen comparatif des liens sur le plan individuel demeure ainsi impossible. Des problèmes se posent aussi pour assurer la standardisation des données si l'on veut comparer plusieurs pays. Dans le cadre de notre recherche, nous voulons aborder la question de la relation entre les inégalités des revenus et la santé des populations sur la base de données individuelles. De plus, nous voulons assurer la comparabilité des données entre pays appartenant à des régimes providentiels différents.

### 4.1 La Base de données et le choix des pays

Nous allons maintenant décrire la démarche empirique utilisée pour confronter nos hypothèses aux données. Nous décrirons d'abord la base de données et les pays choisis. Nous allons ensuite justifier le choix des variables importantes et décrire leur opérationnalisation.

#### 4.1.1 Le European Social Survey (ESS)

Concernant les données qui peuvent être utilisées dans notre recherche, nous avons mentionné qu'il est surtout important d'assurer l'uniformité des données si l'on veut

comparer les différentes configurations de relations causales selon les sociétés. De plus, le design d'enquête (incluant l'échantillonnage, le questionnaire et les questions utilisées, la stratégie de rappel etc.) doit être comparable. Pour ces raisons, notre travail empirique est fondé sur les données collectées dans le cadre du « European Social Survey » des années 2002 et 2003 (Jowell et al., 2003)<sup>7</sup>. L'ESS est une nouvelle enquête couvrant 20 pays européens; elle est basée sur un échantillon aléatoire (dans quelques pays à plusieurs degrés) de la population de chacun des pays participants. La base d'échantillonnage est constituée de toutes les personnes de 15 ans et plus qui habitent dans un ménage privé au sein des pays participants, sans égard à leur nationalité. Les données ont été collectées au moyen d'entretiens face-à-face (CAPI). A côté des caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques (dont le statut socioéconomique), les sujets couverts dans le questionnaire touchent l'immigration, l'engagement civil, la confiance publique, les intérêts politiques, l'exclusion sociale, le bien-être et la santé.

#### 4.1.2 Les pays choisis

En accord avec la typologie des régimes providentiels présentée à la section précédente, nous avons choisi comme pays l'Allemagne, le Royaume-Uni et la Suède. Chacun de ces pays fait partie du ESS et représente un régime providentiel, conformément à la typologie présentée<sup>8</sup>. Par la suite, nous allons préciser le plan d'échantillonnage pour

---

<sup>7</sup> Les données du ESS sont librement accessibles pour usage non commercial au « Norwegian Social Science Data Service » (NSD) sous : <http://ess.nsd.uib.no>

<sup>8</sup> Pour une caractérisation des pays en accord avec la typologie d'Esping-Andersen voir Olsen, 2001, Schmidt, 2000 et Saint-Arnaud et Bernard, 2003.

chaque pays. Ensuite, nous allons succinctement présenter les pays choisis selon la typologie.

Dans le cas de la Suède, il s'agit d'un échantillonnage aléatoire à un seul degré, basé sur le registre de population qui inclut toutes les personnes vivant en Suède. Pour l'Allemagne, l'échantillonnage est effectué à deux degrés. Au premier niveau, nous avons la sélection de communes avec une probabilité proportionnelle aux nombres d'individus vivant dans les communes pour éviter une sur-représentation des communes avec une petite population. Le deuxième niveau consiste en la sélection aléatoire d'un individu sur la base du registre locale des offices de registration des communes. Au Royaume-Uni, nous retrouvons en premier lieu une sélection de secteur de code postal (postcode sectors) avec une probabilité proportionnelle aux nombres de ménages qui vivent au sein de ces secteurs. Les ménages représentent le deuxième niveau. Ensuite, à l'aide d'une grille Kish, une personne du ménage est sélectionnée aléatoirement. Le tableau suivant montre la taille de l'échantillon et le taux de réponse.

Tableau 3: Taille de l'échantillon et taux de réponse pour les pays choisis

<b>Pays (régime)</b>	<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>N</b>	<b>Taux de réponse</b>
Royaume-Uni	4013	2054	55.52%
Allemagne	5796	2919	57.13%
Suède	3000	1999	69.46%

Dans notre recherche, l'Allemagne représente le régime conservateur. En accord avec la typologie, c'est par le marché du travail que les individus ont accès aux prestations sociales. Quatre-vingt-dix pourcent de la population fait partie du régime

d'assurance-maladie attaché au fait d'avoir un emploi (incluant les membres de la famille) (Siegrist, 1995). Pour ce qui est des inégalités des revenus, le tableau 4 montre que l'Allemagne se positionne entre la Suède et le Royaume-Uni. Ce dernier représente le régime libéral. Nous y retrouvons les inégalités des revenus les plus marqués. La responsabilité individuelle favorise les programmes privés et l'État intervient uniquement en dernier ressort. La Suède représente de façon exemplaire le régime social-démocrate. Nous retrouvons les inégalités de revenus les moins marqués et des programmes sociaux universels, qui tentent de combler les inégalités causées par le marché. Pour ce qui est de la santé, nous voyons dans le tableau que l'espérance de vie et les inégalités des revenus varient selon les pays.

Tableau 4: Les inégalités des revenus et la santé des populations selon les trois pays choisis

<b>Pays (régime)</b>	<b>Coefficients Gini<sup>9</sup></b>	<b>Espérance de vie à la naissance en années, 1999<sup>10</sup></b>
Royaume-Uni (libéral)	0.29	77,5
Allemagne (conservateur)	0.24	77,6
Suède (social-démocrate)	0.22	79,6

#### **4.2 Le choix des variables**

Identifions maintenant les variables centrales de notre recherche. Premièrement, nous avons la santé individuelle comme variable dépendante. Deuxièmement, pour ce qui est des variables indépendantes, nous retrouvons les variables décrivant la privation relative

ainsi que les variables socioéconomiques faisant partie de nos hypothèses. Troisièmement, nous allons utiliser des variables sociodémographiques. Chacune des variables utilisées a été collectée avec la même question traduite dans la langue du pays.

#### 4.2.1 La variable dépendante : la santé perçue

En ce qui concerne l'impact d'une privation relative sur la santé, il est envisageable que la privation doive agir à long terme plutôt que directement dans l'immédiat. Dans ce contexte, pour une analyse très détaillée, il serait avantageux d'avoir des variables de santé très détaillées et/ou longitudinales. Cependant, la collecte de ces informations apparaît très difficile et dispendieuse dans une enquête générale de population comme l'ESS. Étant donné ces difficultés, les enquêtes mesurent souvent la santé par une question subjective (santé perçue), comme pour notre enquête. Cette dernière représente un indicateur internationalement reconnu, comme le soulignent Yngwe et al. (2003): "*...self-rated health has shown high reliability and is regarded as a useful measure of the health status in populations...* " Conséquemment, la santé individuelle au sein de notre recherche est mesurée par la santé perçue du répondant. Pour nos analyses, il est important de se pencher sur la façon de traiter cette variable. L'échelle avec laquelle la santé perçue est mesurée varie de 1 (*very good*) à 5 (*very bad*)<sup>11</sup>. Afin d'utiliser une régression logistique et donc binaire au sein de nos analyses, nous allons regrouper cette variable dépendante en deux catégories. Chaque répondant qui rapporte un niveau de santé inférieur à 2 (bien) est classé dans une catégorie signifiant « mauvaise santé ».

---

<sup>9</sup> Source : Human Development Report 1999, page 94

<sup>10</sup>Source: United Nations 2001, page 141

<sup>11</sup> L'échelle exacte est : very good – good – fair – bad – very bad

Cette façon de dichotomiser la variable de la santé perçue représente un standard au sein des recherches sociales (Nolte et McKee 2004, Yngwe et al. 2003).

#### 4.2.2 La privation relative

Le niveau de privation relative constitue la variable indépendante principale de nos analyses. Nous avons mentionné que le concept de la privation relative inclut la position relative occupée objectivement par rapport à un groupe de référence, de même que la perception individuelle de la position occupée. Afin de décrire la mesure de la privation relative utilisée, nous partons de la définition que propose Runciman (1966). Il écrit qu'une personne est privée relativement si :

*(i) He does not have X, (ii) he sees some other person or persons, which may include himself at some previous or expected time, as having X (whether or not this is in fact the case), (iii) he wants X, and (iv) he sees it as feasible that he should have X.*

Un individu éprouve donc une privation si le groupe de référence a une caractéristique que lui-même ne possède pas et qu'il désire avoir. On peut distinguer trois aspects de cette privation : De quels objets de comparaison s'agit-il ? Quelle est la nature du groupe de référence ? Quelle est la perception subjective de la situation occupée ? Autrement dit, nous devons définir ce à quoi l'individu se compare et comment il vit subjectivement sa situation. Les deux premières questions permettent de

définir la position relative objective. La troisième concerne la perception subjective. Nous allons en décrire successivement la méthode d'opérationnalisation.

#### *4.2.2.1 La position relative occupée objectivement*

La mesure de la position relative occupée objectivement sur l'échelle sociale constitue une étape importante de notre recherche. Nous avons mentionné qu'il s'agit de déterminer l'objet de comparaison de même que la nature du groupe référence. Les recherches utilisent le plus souvent le revenu et le pays. Concernant l'objet de comparaison, nous avons dit qu'il nous semble que les comparaisons sociales ne se limitent pas seulement au revenu, mais s'étendent également au niveau d'éducation ou à la profession. Nous allons donc décrire aussi la mesure de l'éducation et de la profession dans notre recherche. Pour ce qui est du groupe de référence, nous avons distingué deux types : la comparaison dans l'espace social et la comparaison dans le temps social. Sur cette base, nous allons par la suite décrire les différentes mesures de la position relative occupée par l'individu.

#### *Le revenu relatif*

Le revenu relatif constitue la variable indépendante la plus importante de nos recherches. Pour savoir combien un individu a de revenu par rapport au groupe de référence, nous devons premièrement définir le point de référence. Celui-ci est égal au revenu médian du groupe de référence. L'intérêt est ainsi de mesurer le pourcentage du revenu d'un individu par rapport à la médiane du groupe de référence. Afin de calculer la médiane, nous avons tout d'abord besoin d'une variable de revenu pour chaque cas.

La mesure du revenu relatif est basée sur le revenu disponible du ménage, puisque nous nous intéressons au revenu disponible afin que les individus se procurent biens et services. Nous devons retenir ici qu'il s'agit du revenu après impôts directs et transferts. Ceci tient compte, jusqu'à un certain point, de l'effet redistributif de l'état providence. Autrement dit, le revenu net tend à rapprocher les niveaux de vie des différentes classes sociales. De ce fait, il se peut que cette mesure privilège dans nos résultats les effets psychosociaux et sous-estime en même temps les effets des conditions néo-matérielles. Ces derniers seraient probablement plus forts si nous avions pris le revenu brut. Cependant, cette mesure n'est pas disponible dans les données.

Le ESS collecte le revenu selon 12 paliers. Pour les analyses, nous avons imputé à chaque cas le point central de l'intervalle dans lequel il se retrouve. (par exemple, pour l'intervalle de 300€ à 500€ le revenu est de 400€) Pour la catégorie extrême (10 000€ et plus) nous avons déterminé que le revenu est de 15 000€. <sup>12</sup> Afin de tenir compte de la taille du ménage, le revenu total du ménage est pondéré en fonction du nombre et de l'âge des personnes qui en font partie, ce qui est la méthode usuelle. Nous partons donc de la supposition que le revenu du ménage est partagé par les membres du ménage et se distribue entre eux. <sup>13</sup> Pour calculer cette variable en fonction du nombre de personnes vivant dans le ménage, nous utilisons l'échelle d'équivalence de l'OCDE. <sup>14</sup> Selon cette échelle, le revenu du ménage dans lequel vivent deux personnes âgées de plus de 14 ans

---

<sup>12</sup>Étant donné que nous allons par la suite regrouper cette variable et que nous utilisons la médiane comme point de référence, la valeur attribuée est de peu d'importance.

<sup>13</sup> Pour un résumé des différentes méthodes d'opérationnalisation du revenu, voir Bradburry et Jäntti

<sup>14</sup> Voir <http://europa.eu.int/comm/eurostat/structuralindicators>

est divisé par 1.5. Autrement dit, la première personne du ménage reçoit un poids de 1.0 et toutes les autres personnes âgées de 14 ans et plus reçoivent un poids de 0.5. Pour ce qui est des membres âgés de moins de 14 ans, ceux-ci reçoivent un poids de 0.3. Par exemple, pour une famille avec deux enfants, dont un est âgé de 17 ans et le deuxième de 12 ans, le revenu du ménage serait divisé par 2.3. Par rapport à cette échelle, nous avons fait une petite modification pour nos analyses. Dans le cas des ménages comportant plus de 9 personnes, toute personne supplémentaire se voit attribuer la valeur de 0.3. Ceci semble sensé théoriquement, car plus le nombre des membres du ménage augmente et moins un individu supplémentaire est à charge au revenu du ménage. L'échelle d'équivalence de l'OCDE forme aussi la base principale pour calculer des indicateurs de distribution de revenu (coefficient Gini).

La deuxième étape est de déterminer le groupe de référence auquel comparer le revenu équivalent. Nous utilisons ici différents groupes de référence. Nous supposons que plus le groupe de référence est spécifique, plus la privation relative sera forte. Ainsi, trois types différents de groupes de référence sont utilisés : le pays entier; la région; la région et le groupe d'âge. Ainsi, dans le premier cas, nous avons trois groupes de référence, dans le deuxième, trente-cinq, correspondant au nombre total des régions dans les trois pays et finalement, dans le troisième cas, cent quarante, ce qui correspond au nombre de régions multiplié par le nombre de catégories d'âge. La variable calculée pour chaque individu est ainsi une variable qui représente le pourcentage du revenu équivalent par rapport à la médiane du groupe de référence utilisé. Pour nos analyses, nous avons recodé cette variable en cinq catégories. Cette procédure nous permet une comparaison nuancée des effets selon les pays, sans prendre pour acquis une forme

linéaire de relation entre les deux variables. La première catégorie inclut tous les individus ayant un revenu inférieur à 40 % de la médiane. Les autres catégories sont : 40% à 60%, 60% à 80%, 80% à 100% et *plus de 100%*. Notons qu'un revenu inférieur à 60% de la médiane représente le seuil de pauvreté défini selon le centre statistique de l'union européenne (Eurostat). Comme nous sommes principalement intéressés à une privation relative, les individus qui ne sont pas privés (gagnant un revenu supérieur à 100% de la médiane) sont regroupés dans une seule catégorie.

La collecte de l'information sur le revenu du ménage est souvent problématique. Le principal problème concerne les refus de répondre à la question. Dans notre cas nous avons 19.9 % de valeurs manquantes pour l'Allemagne, 13.0 % de valeurs manquantes pour le Royaume-Uni et 6.6 % de valeurs manquantes pour la Suède. Un premier examen des valeurs manquantes a montré qu'elles ne sont pas corrélées avec notre variable dépendante. En plus, elles n'apparaissent pas systématiquement reliées à d'autres variables. Cependant, afin de faire face à ce problème et de ne pas réduire le nombre de cas au sein de nos analyses multivariées, nous allons inclure une catégorie représentant les individus qui n'ont pas ayant *non révélé* leur revenu.

### *L'éducation*

Pour mesurer le niveau d'éducation d'un individu nous avons recours au nombre d'années d'éducation à plein temps. Comme pour le revenu, nous sommes intéressés à avoir une mesure relative de l'éducation, que nous pourrions utiliser pour comparer les pays. Pour ce faire, nous allons catégoriser le nombre d'années d'éducation selon les quartiles pour chacun des pays. Ainsi nous obtenons pour chaque pays une mesure qui se

réfère à la distribution de l'éducation des pays eux-mêmes (voir Kohler et Kreuter, 2001). Les catégories sont : *niveau d'éducation peu élevé, moyen, élevé et très élevé*.

### *La profession*

Afin d'avoir une mesure de la profession, nous avons choisi le prestige associée à celle-ci. Le prestige de profession décrit globalement l'évaluation des professions par la population. Sur la base de la classification d'ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations), nous pouvons attacher un prestige à chacune des professions, c'est-à-dire une valeur qui se situe au long d'une échelle continue.<sup>15</sup> Il existe plusieurs types d'échelles internationales qui permettent des analyses comparatives<sup>16</sup>. L'échelle que nous utilisons est celle de Treimann (Treiman's Standard International Occupational Prestige Scale). Elle nous semble appropriée car le prestige et la reconnaissance sociale attachés à la profession sont vraisemblablement reliés au sentiment de privation relative. Par exemple, un emploi rapportant un salaire élevé mais ayant peu de reconnaissance sociale pourrait avoir des conséquences psychosociales négatives. Notons que pour les personnes qui n'étaient pas en emploi au moment de l'enquête, le prestige professionnel est celui associé à l'emploi antérieur. Dans le cas du ESS, nous retrouvons, pour les trois pays, seulement 5.9% de gens sans emploi et pour lesquels une profession antérieure n'est pas rapportée. Il est donc impossible de rattacher un prestige professionnel à ces cas. De la même façon que pour l'éducation, nous avons catégorisé les valeurs selon les quartiles pour chaque pays afin d'assurer une

---

<sup>15</sup> Voir <http://home.scw.vu.nl/~ganzeboom/isko88/>

<sup>16</sup> Pour un résumé des différentes échelles de prestige de profession permettant des analyses comparatives entre différents pays voir : Ganzeboom, H.B.G./Treiman, D.J., 2003

comparabilité entre les pays. Les catégories utilisées sont : *prestige de profession peu élevé, moyen, élevé et très élevé*.

### *L'éducation par rapport aux parents*

La mesure de privation relative utilisant un groupe de référence d'une génération antérieure est basée sur les mesures utilisées dans les recherches sur la mobilité sociale verticale. Nous voulons mesurer si un individu se situe à un niveau inférieur par rapport à une situation vécue antérieurement. De ce fait, nous allons mesurer le fait d'avoir vécu une mobilité descendante par rapport aux parents (mobilité intergénérationnelle). Pour ce faire, nous avons recours à la variable d'éducation, seule disponible pour la génération des parents. Nous comparons ainsi le niveau d'éducation du répondant au niveau d'éducation des parents. Le niveau d'éducation des parents n'est cependant pas disponible en nombre d'années. Afin de comparer les générations, nous avons ainsi recours à une autre variable qui mesure le niveau d'éducation sur une échelle de 1 à 7 (*International Standard Classification of Education - ISCED-97*). Cette variable est disponible pour les individus et leurs parents. Pour mesurer la mobilité, nous soustrayons le niveau d'éducation de chaque parent de celui du répondant. Ceci permet d'obtenir une variable qui décrit une mobilité par rapport à la mère et une par rapport au père. Elle varie de -6 à 6. Quand la valeur est positive, il s'agit d'une mobilité descendante. Dans le cadre de nos recherches, nous avons créé quatre catégories sur la base des distributions de la variable : *mobilité ascendante* (-7 à -3) *légère mobilité ascendante* (-2 et -1) *pas de mobilité* (0) ainsi que *mobilité descendante* (1-7).

#### 4.2.2.2 *La perception subjective de la position occupée*

Le deuxième pilier du concept de la privation relative est la perception individuelle de la position occupée. Afin de mesurer cette variable nous avons recours à la perception subjective de la situation économique. L'ESS collecte ces informations sur la base d'une question à quatre modalités de réponse visant à connaître si le revenu est perçu comme étant suffisant. Les catégories utilisées sont : *confortable, suffisant, insuffisant et très insuffisant*.<sup>17</sup>

#### 4.2.3 Les variables sociodémographiques

Plusieurs variables sociodémographiques sont incluses dans nos analyses. Elles servent comme base pour l'examen des hypothèses et comme variables de contrôle.

Étant donné que la santé varie fortement selon l'âge, il est indispensable de contrôler pour cette variable tout au long des analyses multivariées. Ceci permet de mettre plus précisément en évidence les effets des variables qui nous intéressent. De plus, nous allons contrôler pour le sexe. L'âge est recodé en quatre catégories : *15 à 29 ans; 30 à 44 ans; 45 à 64 ans et 65 et plus*. Ces catégories représentent en général les étapes du cycle de vie d'un individu et ce sont en même temps ces catégories que nous utilisons pour créer le groupe de référence basé en partie sur l'âge. La variable **sexe** est une variable dichotomique ou 1 représente le fait d'être une femme.

---

<sup>17</sup> Les catégories exactes sont : *living comfortably on present income, coping on present income, difficult on present income et very difficult on present income*.

Le **statut d'emploi** est mesuré au moyen de trois catégories : *employé*, *travailleur autonome* et *sans emploi*. L'**état civil** comporte trois catégories : *célibataire*; *marié*; et finalement *divorcé, séparé ou veuf*.

Toutes les variables utilisées sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 5: Les variables utilisées dans les analyses provenant du ESS

Abréviation	Description	Catégories
<i>Santé</i>		
Santé perçue	Moins que bien	1 = oui; 0 = non
<i>Revenu relatif</i>		
Pourcentage du revenu équivalent par rapport à la médiane des différents groupes de référence utilisés. (Modalité de référence : >100%)	< 40%	1 = oui; 0 = non
	40% - < 60%	1 = oui; 0 = non
	60% - < 80%	1 = oui; 0 = non
	80% - < 100%	1 = oui; 0 = non
	Non révélé	1 = oui; 0 = non
<i>Éducation du répondant par rapport aux parents, indépendamment pour la mère et le père (Modalité de référence : mobilité ascendante)</i>		
	Légère mobilité asc.	1 = oui; 0 = non
	Pas de mobilité	1 = oui; 0 = non
	mobilité desc.	1 = oui; 0 = non
<i>Niveau d'éducation</i>		
Quartiles d'années d'éducation selon les pays (Modalité de référence : niveau d'éducation très élevé)	Peu élevé	1 = oui; 0 = non
	Moyen	1 = oui; 0 = non
	élevé	1 = oui; 0 = non
<i>Prestige de profession</i>		
Quartiles de prestige de profession selon les pays (Modalité de référence : prestige de profession très élevé)	Peu élevé	1 = oui; 0 = non
	Moyen	1 = oui; 0 = non
	élevé	1 = oui; 0 = non
<i>Perception subjective de la situation vécue (Modalité de référence : confortable)</i>		
	Suffisant	1 = oui; 0 = non
	Insuffisant	1 = oui; 0 = non
	Très difficile	1 = oui; 0 = non
<i>État civil (Modalité de référence : célibataire)</i>		
	Divorcé, séparé, veuf	1 = oui; 0 = non
	Marié	1 = oui; 0 = non
<i>Statut d'emploi (Modalité de référence : employé)</i>		
	Travailleur autonome	1 = oui; 0 = non
	Pas d'emploi	1 = oui; 0 = non
<i>Groupes d'âge (Modalité de référence : 15 – 29 ans)</i>		
	30 – 44 ans	1 = oui; 0 = non
	45 – 64 ans	1 = oui; 0 = non
	65 ans +	1 = oui; 0 = non
<i>Sexe (Modalité de référence : masculin)</i>		
	Féminin	1 = oui; 0 = non

## CHAPITRE 5: LES MÉTHODES D'ANALYSE

En plus des statistiques descriptives et bivariées, nous utiliserons la régression logistique comme méthode principale d'analyse. Nous décrirons dans ce chapitre les analyses envisagées et leurs principes de base.

### 5.1 Les analyses descriptives et bivariées

En premier lieu, nous allons effectuer des analyses descriptives. Dans le cadre de ces analyses, nous allons tout d'abord étudier la distribution de la santé perçue selon les diverses variables indépendantes utilisées. Cela nous permettra d'avoir une première image des variables utilisées selon les pays, ce qui apparaît indispensable afin de permettre une interprétation plus exacte des analyses multivariées subséquentes.

Dans ces analyses descriptives, nous voulons tout d'abord examiner la santé perçue selon le revenu relatif. Ce faisant, nous allons étudier la question de la nature du groupe de référence. Nous allons comparer les résultats des tableaux croisés comprenant la santé perçue et le revenu relatif selon les différentes références employées (le pays entier, la région, ainsi que la combinaison de la région et du groupe d'âge). Nous avons anticipé que plus le groupe de référence est spécifique, plus la privation relative devrait être forte. Sur cette base, nous voulons examiner les résultats et choisir un groupe de référence pour les analyses suivantes. Ensuite nous allons examiner la santé perçue selon les autres variables indépendantes d'intérêt pour chaque pays.

## 5.2 Les analyses multivariées

Étant donné que plusieurs variables indépendantes peuvent se trouver corrélées entre elles, il est nécessaire d'en tenir compte simultanément. C'est pourquoi nous effectuons des analyses multivariées. Nous pouvons ainsi obtenir une appréciation des effets ajustés en fonction des différentes variables, et mettre en évidence les effets les plus importants sur la santé perçue des répondants.

Comme nous l'avons mentionné, cette variable dépendante est divisée en cinq catégories dans les données du ESS (*very good – good – fair – bad – very bad*). Pour réaliser nos analyses multivariées, nous pourrions utiliser un modèle de régression linéaire classique. Cependant, ce modèle est basé sur le postulat que les intervalles entre les catégories de la variable dépendante sont égaux (mesure quasi-métrique), ce qui n'est pas réaliste. Nous avons donc plutôt choisi la régression logistique et recodé la variable dépendante de façon à indiquer le fait de rapporter un niveau de santé inférieur à « bien » (variable « *mauvaise santé* » où 1 signifie appartenance au groupe de ceux se déclarant en mauvaise santé et 0, non-appartenance).

### 5.2.1 La régression logistique : principes de base

La régression logistique est la méthode la plus courante, lorsque l'on veut examiner l'effet d'une ou plusieurs variables indépendantes sur une variable dépendante binaire, c'est-à-dire une variable qui peut prendre deux valeurs (0/1). Pour les variables

indépendantes, l'emploi de tous les types de mesure est possible. La régression logistique vise, dans notre cas, à connaître la contribution des variables indépendantes à la prédiction du fait que les individus rapportent une mauvaise santé.

### *Concept de base de la régression logistique*

Formellement, la régression logistique est très similaire à la régression linéaire. Cette dernière nous permet de tester si deux variables sont reliés linéairement et de calculer la force de leur relation. Dans le cas d'une régression logistique, nous nous intéressons à savoir si l'appartenance à une catégorie donnée de la variable dépendante peut être prédite par les variables indépendantes. En d'autres termes, nous visons à calculer une valeur, comprise entre 0 et 1 indiquant la probabilité d'appartenir à une catégorie donnée. C'est ici que la régression linéaire simple devient inutile, car les valeurs à gauche de l'équation peuvent normalement prendre des valeurs négatives et plus grandes que 1. Ainsi, la régression logistique emploie comme variable dépendante une fonction logarithmique (d'où vient le nom régression logistique) du rapport entre la probabilité d'appartenance à la catégorie d'intérêt (dans notre cas le fait de rapporter une mauvaise santé) et la probabilité de ne pas y appartenir. (pour une description plus détaillée, voir Menard, 1995 ; Pampel, 2000 ; Jaccard, 2002). Comme dans le cas de la régression linéaire (MCO), les coefficients doivent être estimés selon un principe statistique. Pour des raisons statistiques, il n'est pas possible d'employer le principe des moindres carrés ordinaires. C'est pourquoi le modèle logistique est estimé selon le principe du maximum de vraisemblance (*maximum likelihood estimation*).

### *Estimation du modèle*

Comme dans la régression linéaire, nous sommes intéressés à savoir si le modèle utilisé s'ajuste bien aux données. La régression linéaire nous propose le coefficient de détermination  $R^2$ , qui représente la part de variance de la variable dépendante qui est "expliquée" par les variables indépendantes (variance expliquée). La régression logistique ne nous propose pas de mesure comparable et généralement acceptée pour évaluer le modèle. Plusieurs techniques peuvent être employées mais nous décrivons ici trois principales que nous voulons employer dans nos analyses (pour une description détaillée des différentes possibilités, voir : Menard, 1995)

Premièrement, sur la base de l'estimation du modèle selon le principe du maximum de vraisemblance, la régression logistique nous propose une mesure d'adéquation nommée la logvraisemblance (*LogLikelihood*). Cette valeur nous indique la probabilité de reconstituer, sur la base des coefficients estimés, les valeurs collectées au sein des données. Un bon modèle est ainsi un modèle dont la vraisemblance est grande, c'est-à-dire où tous les cas peuvent être prédits sur la base des coefficients estimés. En pratique, on multiplie la logvraisemblance par -2. Par suite, une vraisemblance parfaite tend vers 0 et la valeur calculée ( $\text{CHI}^2$  de maximum de vraisemblance ou -2LL) se distribue comme le  $\text{CHI}^2$  (avec  $N-p-1$  degrés de liberté où  $N$  : taille de l'échantillon et  $p$  : nombre de paramètres). Étant donné que 0 signifie un bon ajustement du modèle, nous cherchons, contrairement au  $\text{CHI}^2$  ordinaire, à ne pas rejeter l'hypothèse nulle, afin de conclure que le modèle estimé s'ajuste bien à l'échantillon.

Une autre mesure d'adéquation est celle du  $\text{CHI}^2$  du modèle (Model  $\text{CHI}^2$ ). Cette statistique est égale à la différence des  $\text{CHI}^2$  de maximum de vraisemblance de deux modèles : un premier sans paramètre autre que la constante (sous-modèle), et un deuxième, celui que l'on veut évaluer et comportant tous les paramètres (modèle complet). En comparant les  $\text{CHI}^2$  de maximum de vraisemblance, la question est ainsi la suivante : Est-ce que la justesse du modèle augmente en ajoutant les variables indépendantes au modèle de régression ? Pour ce faire, nous calculons le  $\text{CHI}^2$  du modèle, qui se distribue aussi comme le  $\text{CHI}^2$  (avec  $p$  degrés de liberté où  $p$  : nombres des paramètres ajouté au sous-modèle par rapport au modèle complet). Nous testons ainsi que la différence est nulle et cherchons à rejeter l'hypothèse nulle. Ce faisant, nous pouvons conclure que au moins un paramètre de l'équation est différent de zéro.

Une autre mesure utilisée est le Pseudo  $R^2$ . Étant donné qu'il existe plusieurs Pseudo  $R^2$  différents pour les modèles de régression logistique, il est nécessaire de spécifier duquel il s'agit exactement. Un des Pseudo  $R^2$  utilisé fréquemment est le *Mc Faddens Pseudo  $R^2$* , qui est aussi disponible dans Stata. Celui-ci est calculé de façon analogue au  $R^2$  de la régression linéaire, en utilisant les  $\text{CHI}^2$  de maximum de vraisemblance des modèles sans et avec paramètres comme base. Comme le  $R^2$  de la régression linéaire, la valeur de *Mc Faddens  $R^2$*  se situe entre 0 et 1. L'interprétation est cependant plus problématique que le  $R^2$  de la régression linéaire : seule la comparaison entre différents modèles fait sens, et non pas le niveau absolu. (Kohler et Kreuter, 2001)

*Interprétation des paramètres et présentation des coefficients*

Pour ce qui est des résultats des régressions, les résultats des coefficients estimés peuvent être présenté de différentes manières. Dans le cadre de notre recherche, les résultats des coefficients estimés ( $b$ ) sont présentés en rapport de cotes (*odds ratio*). Cette mesure est très utilisée en épidémiologie pour examiner les risques de développer certaines maladies chez certaines populations. Nous l'obtenons en prenant l'exponentielle du coefficient  $b$  ( $\exp(b)$ ). A propos de l'interprétation, Menard (1995, p.49) écrit:

*“The odds ratio is the number by which we would multiply the odds [...] (the probability, divided by 1 minus the probability) for each one unit increase in the independent variable.”*

Les rapports de cote nous indiquent donc une estimation des chances d'appartenir à la catégorie d'intérêt (dans notre cas, le fait de rapporter une santé moins que bien) plutôt qu'à la catégorie opposée (bonne santé) si l'on augmente la variable indépendante d'une unité. Une augmentation des chances se traduit par une valeur supérieure à 1, alors qu'une diminution est signifiée par une valeur inférieure à 1. Dans le cas d'une variable indépendante métrique, ceci veut dire que l'augmentation d'une unité sur cette variable augmente la chance d'appartenir à la catégorie d'intérêt selon la valeur du rapport de cote indiqué. L'interprétation des variables indépendantes dichotomiques ou nominales semble plus facile. Pour chaque catégorie de la variable nous créons une variable polydichotomique (« dummy ») et déterminons une catégorie de référence. De ce fait, les rapports de cote réfèrent non pas au changement d'une unité, mais au changement

par rapport à la catégorie de référence. Ainsi, les rapports de cote nous indiquent la chance par rapport à la catégorie de référence d'appartenir à la catégorie d'intérêt. Dans notre cas nous allons permanent utiliser pour chaque pays les mêmes catégories. Ceci facilite la comparaison des effets des variables entre les pays

### *Test de signification des paramètres*

Les tests de signification dans la régression logistique se distinguent peu de ceux de la régression linéaire. Afin de tester le caractère significatif des coefficients, nous retrouvons en général deux possibilités. D'une part, nous pouvons employer un test de Wald, qui est comparable au test T de la régression linéaire. D'autres part, nous pouvons employer un test de maximum de vraisemblance, qui est comparable au test F de la régression linéaire.

Le test de Wald permet de tester si une influence est significativement différente de zéro, afin de confirmer le caractère significatif d'une variable au sein du modèle. Il semble important de souligner que dans le cas du *odds ratio*, la valeur 1 signifie qu'il n'y a pas d'influence. Ainsi, afin de rejeter l'hypothèse nulle, c'est la valeur 1 qui ne doit pas se retrouver dans l'intervalle de confiance présenté dans les résultats. Dans le cas de nos analyses, nous présentons pour chaque *odds ratio* un intervalle de confiance (IC) à 95 %. Soulignons que si nous obtenons un résultat significatif pour une variable polydichotomique, ceci signifie que la catégorie représentée par cette variable se distingue significativement de la catégorie de référence. Cela ne signifie cependant pas nécessairement que la variable telle quelle est significative. Afin de tester la signifiante

des variables catégorielles, nous testons ainsi les variables polydichotomiques conjointement.

Pour ce faire, nous employons le test de maximum de vraisemblance (*likelihood ratio test*) qui permet, de façon analogue au test F de la régression linéaire, de comparer l'apport de certaines variables à la justesse de deux modèles (modèle complet / sous-modèle). Le principe est le même que pour la mesure du  $\text{CHI}^2$  du modèle : nous testons un modèle avec une variable (ou un bloc de variables) d'intérêt, puis sans la variable (ou sans le bloc de variables). En d'autres termes, nous examinons si la justesse d'un modèle ( $\text{CHI}^2$  de maximum de vraisemblance) de régression s'améliore si nous ajoutons certaines variables (voir Kohler et Kreuter, 2001). En faisant un test conjoint des variables polydichotomiques d'une variable catégorielle, il s'agit ainsi non pas de savoir si la catégorie est significativement différente de la catégorie de référence, mais bien de savoir si les catégories de la variable exercent conjointement une influence statistiquement significative en examinant si leur ajout au modèle améliore le modèle.

### 5.2.2 Les étapes des analyses multivariées

Afin d'examiner nos questions de recherche, nous avons effectué nos régressions logistiques de manière hiérarchique pour chaque pays. Autrement dit, nous avons entré les variables par groupes déterminés d'avance. De ce fait, nous pouvons examiner précisément l'ajustement du modèle en entrant chaque nouveau groupe de variables. Pour ce faire, nous devons tout d'abord spécifier les blocs de variables que nous utiliserons dans les régressions.

En premier lieu, nous avons construit un modèle (modèle 1) qui contient uniquement les variables *ages* et *sexe*, pour lesquelles nous contrôlons tout au long de l'analyse : cette façon de fonctionner est requise parce que la santé perçue varie selon l'âge et le sexe, pour lesquels il faut donc ajuster afin de bien mesurer les effets des variables qui nous intéressent (en particulier les inégalités sociales). Par la suite, nous étudions avec le modèle 2 les effets des variables décrivant la situation socioéconomique objective d'un individu. Ce modèle incorpore les variables décrivant le revenu relatif, la profession ainsi que l'éducation. Pour ce modèle, nous nous intéressons surtout aux impacts du revenu relatif. De plus, nous voulons examiner l'importance des autres variables par rapport au revenu.

Ensuite, nous avons étudié l'influence des variables associées à la dimension subjective de la privation relative (modèle 3) décrites dans le chapitre 3, à savoir la perception subjective de la position occupée. En accord avec le concept de privation relative, nous nous attendons à un fort impact de la perception subjective de la position occupée sur l'état de santé. Dans le modèle 4, nous étudions les variables de mobilité. Nous nous attendons ici à une influence négative d'une mobilité descendante sur la santé. Le cinquième modèle (modèle 5) estime l'effet des variables relatives à l'état civil et au statut d'emploi. Les questions auxquelles nous voulons répondre concernent l'importance de l'emploi et de la famille pour assurer le bien-être (démarchandisation, défamilialisation). Le modèle 6 comporte à la fois les variables du deuxième bloc et celles du troisième. Nous vérifions ainsi l'effet de l'ajout du deuxième groupe de variables sur le troisième et vice-versa. Enfin, le dernier modèle (modèle 7 ou modèle

complet) inclut toutes les variables qui se sont montrées significatives au long de l'examen des modèles. Ce dernier modèle permet de connaître la contribution relative de chacune des variables et de comprendre comment elles prédisent conjointement la santé des individus.

Avant de faire nos analyses, il semble important d'inspecter nos variables indépendantes, en particulier les variables socio-économiques. Il semble évident que ces variables sont corrélées les unes avec les autres. Toutefois, pour des raisons d'ordre statistique, il est important de ne pas employer une variable qui peut être presque entièrement prédite par les autres variables indépendantes. Ainsi, nous avons examiné les corrélations entre les variables mentionnées (niveau d'éducation, revenu relatif, prestige de profession et situation économique perçue) à l'aide d'un diagnostic de multicollinéarité pour s'assurer que chaque variable rajoute à la prédiction du modèle et qu'il n'existe pas une très forte corrélation entre les variables indépendantes. Pour ce faire, le tableau 6 présente, pour les trois pays, la matrice de corrélation des variables mentionnées et le VIF (*Variance Inflation Factor*), une mesure pour détecter la multicollinéarité. Les valeurs du VIF sont constamment inférieures à 10 ce qui indique que nous n'avons pas de problème de multicollinéarité (Hair et al., 1995 ; Bachhaus, 2003). En regardant les corrélations, nous constatons aussi qu'aucune des corrélations est si forte que nous pouvons anticiper qu'une des variables peut être prédite par les autres (Kennedy, 2003 ; page 209). Ainsi, nous notons que nous n'avons pas de problème de multicollinéarité.

Tableau 6: Matrice de corrélation entre les variables du statut socio-économiques

	<b>Niveau d'éducation</b> VIF : 1.30	<b>Revenu relatif</b> VIF : 1.38	<b>Prestige de profession</b> VIF : 1.36	<b>Situation écon. perçue</b> VIF : 1.23
<b>Niveau d'éducation</b>	1.0	-	-	-
<b>Revenu relatif</b>	0.30	1.0	-	-
<b>Prestige de profession</b>	0.45	0.36	1.0	-
<b>Situation écon. perçue</b>	-0.13	-0.42	-0.22	1.0

Les données du ESS comportent une variable permettant l'utilisation de pondérations pour corriger les effets de plan. Pour la Suède, nous ne retrouvons aucune pondération et pour les deux autres pays nous retrouvons une pondération mineure pour certains cas (Jowell et al., 2003). Les critères d'échantillonnage que nous avons décrit auparavant ne sont pas reliés aux variables d'intérêts. Autrement dit, la façon d'échantillonner ne conduit pas à un biais des variables que nous utilisons. Une comparaison des distributions des variables d'intérêts et des modèles de régression avec et sans les pondérations a produit des résultats très comparables. De plus, en utilisant une pondération, la mesure des modèles et les tests de maximum de vraisemblance peuvent être influencés (Sribney, 1997 ; Cox, D. R. and N. Wermuth. 1992). En conséquence, pour faciliter les analyses et permettre des mesures de modèle incluant les tests de maximum de vraisemblance, nous n'allons pas utiliser de pondération.

## **CHAPITRE 6:      RÉSULTATS                      DES                      ANALYSES**

### **DESCRIPTIVES**

Nous allons d'abord présenter les résultats des analyses descriptives. Nous poursuivrons ensuite avec la présentation des résultats des analyses multivariées.

Les analyses descriptives permettent d'explorer les distributions de la santé perçue selon chaque variable indépendante. Nous pouvons ainsi avoir un aperçu de ce à quoi nous devons nous attendre lors des analyses multivariées, et nous pourrions commencer à caractériser les trois pays que nous étudions.

#### **6.1 La santé perçue et le revenu relatif selon les différents groupes de référence**

La première question examinée dans les analyses descriptives a trait au revenu relatif et à la nature du groupe de référence. Le tableau 6 présente les résultats selon les différents groupes de références utilisés (le pays entier; la région; le groupe d'âge au sein d'une région). On y retrouve les proportions et les nombres de gens rapportant une mauvaise santé à l'intérieur de la catégorie du revenu relatif.

Tableau 7: La santé perçue et revenu relatif selon différents groupes de référence

	Suède (N : 1999)		Royaume-Uni (N : 2052)		Allemagne (N : 2919)	
	Mauvaise santé		Mauvaise santé		Mauvaise santé	
	%	N	%	N	%	N
<i>Revenu relatif</i>						
GR : pays entier						
< 40%	28.4	25	40.4	105	53.4	102
40% - < 60%	36.3	82	42.9	145	51.8	126
60% - < 80%	36.4	71	23.2	33	40.2	141
80% - < 100%	28.2	130	34.0	67	46.5	249
> 100%	22.1	198	18.8	159	37.3	379
Non révélé	22.6	30	33.3	89	37.6	219
GR : région						
< 40%	26.9	25	41.6	102	54.8	92
40% - < 60%	36.8	81	44.5	126	51.5	122
60% - < 80%	33.8	91	28.6	46	42.0	169
80% - < 100%	29.5	118	30.0	68	44.1	200
> 100%	21.6	191	19.3	167	38.5	414
Non révélé	22.6	30	33.3	89	37.6	219
GR : région et âge						
< 40%	27.1	19	37.8	87	57.1	88
40% - < 60%	34.4	64	40.3	79	55.4	133
60% - < 80%	34.2	110	23.5	43	44.1	166
80% - < 100%	28.3	128	35.9	123	44.1	239
> 100%	22.1	198	18.8	159	37.3	379
Non révélé	22.6	30	33.3	89	37.6	219

Notons tout d'abord que la proportion de répondants rapportant une santé moins que bien est généralement plus élevée en Allemagne (ALL), indépendamment du groupe de référence utilisé. Par exemple, pour ce qui est du premier groupe de référence (le pays entier), 53.4% des Allemands ayant un revenu inférieur à 40% de la médiane se disent en mauvaise santé, contre 40.4% au Royaume-Uni (R.-U.) et 28.4% en Suède (SU). Cependant, il est important de constater que ceci est vrai pour toutes les catégories, incluant la catégorie des individus ayant un revenu supérieur à la médiane (37.3% pour l'ALL versus 18.8% au R.-U. et 22.1% en SU). Les pourcentages se situent ainsi à un niveau généralement plus élevé en Allemagne. Cependant, nous ne pouvons pas conclure que la santé est en général moins bonne en Allemagne que dans les autres pays,

car la différence observée est peut-être culturelle, ce qui se traduit par une évaluation plus défavorable de la santé. Autrement dit, la façon dont les individus répondent à la question varie selon les pays. En conséquence, une comparaison des pourcentages du tableau est uniquement possible au sein des pays mais pas entre les pays. Afin de comparer les pays, nous examinons dans les analyses descriptives les écarts des pourcentages entre les catégories du revenu relatif ou des autres variables.

Le tableau 5 confirme, pour chaque pays, la tendance à rapporter une santé inférieure au sein des catégories dont le revenu est faible. Cette tendance est particulièrement vraie au Royaume-Uni et en Allemagne. Regardons par exemple, pour chaque pays, l'écart entre la catégorie qui souffre le plus de privation et celle des individus ayant un revenu supérieur à 100% de la médiane. Nous observons ici que l'écart des pourcentages entre ces catégories au Royaume-Uni est de 21.6% et pour l'Allemagne de 16.1%. On observe donc clairement un taux plus élevé d'individus rapportant une mauvaise santé au sein des groupes qui souffre de privation. Cette différence n'apparaît pas si élevée pour la Suède, où l'écart est de 6.3% seulement. Ces résultats confirment partiellement l'hypothèse qu'un faible revenu exerce une influence plus marquée sur la santé au Royaume-Uni. Autrement dit, la probabilité de rapporter une mauvaise santé lorsque l'on a un revenu faible semble élevée au Royaume-Uni que dans les autres pays. Pour ce qui est de la catégorie des revenus *non révélés*, les pourcentages sont comparables à la catégorie des individus ayant un revenu supérieur à 100% de la médiane, sauf au Royaume-Uni. Nous pouvons donc supposer que ceux qui ne révèlent pas leur revenu en Suède et en Allemagne sont plutôt à l'aise et qu'au Royaume-Uni les individus ont un revenu probablement plus faible (probablement dans

l'intervalle 80-100% de la médiane). Nous retenons en tout cas, ce qui est l'essentiel, que la non-révélation n'apparaît pas reliée à un niveau de mauvaise santé.

L'effet du revenu relatif n'apparaît pourtant pas aussi systématique que ce à quoi nous nous attendions. Par exemple, la proportion des gens rapportant une mauvaise santé au sein du groupe le plus défavorisé en Suède est moins élevée par rapport à celle des deux groupes qui ont un revenu immédiatement supérieur. Également, nous observons un taux peu élevé au sein de la catégorie 60%-80% au Royaume-Uni (23.3%). Ces deux observations semblent pourtant aussi être reliées au faible nombre d'individus dans les catégories mentionnées. Si nous créons deux catégories, une pour les plus défavorisés (moins de 60% de la médiane du revenu) et une autre pour les plus favorisés (revenu égal ou supérieur à 60% de la médiane), nous observons des résultats plus clairs, comme on peut voir au tableau 6. Notons qu'un revenu inférieur à 60% de la médiane représente le seuil de pauvreté défini par Eurostat.

Tableau 8: La santé perçue et revenu relatif : catégories dichotomisées

	Suède (N : 1999)		Royaume-Uni (N : 2052)		Allemagne (N : 2919)	
	Mauvaise santé		Mauvaise santé		Mauvaise santé	
	%	N	%	N	%	N
<i>Revenu relatif</i>						
GR : pays entier						
< 60%	34.1	107	41.8	250	52.5	228
> 60%	25.7	399	21.9	259	40.4	769
Non révélé	22.6	30	33.3	89	37.6	219

Les résultats sont conformes à ce qu'on a déjà observé au tableau 5 : les gens ayant un faible revenu ont en général plutôt tendance à rapporter une mauvaise santé. L'écart des pourcentages est de 19.9% pour le Royaume-Uni, de 12.1% pour

l'Allemagne et de 8.4% pour la Suède. Sur cette base, le revenu exerce un impact plus fort sur la santé au Royaume-Uni qu'en Allemagne et surtout qu'en Suède.

En comparant les proportions pour chacun des pays selon les différents groupes de référence du tableau 5, nous voyons que le choix du groupe de référence ne fait pas de différence. La spécificité du groupe ne change pas beaucoup le profil des proportions de gens rapportant une mauvaise santé et n'en augmente pas nécessairement le niveau. Le pays entier apparaît donc, sur la base des résultats, comme un groupe approprié pour décrire les capacités financières d'un individu. Ce résultat ne confirme donc pas notre hypothèse que si un individu est défavorisé par rapport à un groupe plus spécifique, il a plutôt la tendance à rapporter une mauvaise santé : nous n'observons pas de proportion plus élevée au sein des groupes défavorisés quand la comparaison se fait sur la base de groupes de référence plus spécifiques. Ainsi, le pays entier semble un point de comparaison approprié afin de déterminer le revenu relatif d'un individu sur l'échelle sociale. Ceci correspond à l'approche psychosociale habituelle, qui utilise le pays comme point de référence. Le pays entier sera ainsi utilisé dans les analyses multivariées suivantes.

## **6.2 La santé perçue selon les autres variables utilisées**

Le tableau 7 représente les proportions d'individu rapportant une mauvaise santé selon les autres variables. Comme nous l'avons constaté précédemment, nous observons un taux généralement élevé d'individus qui se disent en mauvaise santé en Allemagne. Ceci indique probablement qu'il s'agit d'un phénomène culturel lié au comportement de réponse et non pas nécessairement un mauvais état de santé général.

L'éducation apparaît reliée à la santé. Pour tous les trois pays, nous observons que les gens ayant un niveau d'éducation peu élevé ont tendance à rapporter une mauvaise santé. En Allemagne nous observons une proportion de 54.4% qui se disent en mauvaise santé (R.-U. : 44.9% et SU : 40%) La proportion, pour les gens avec un niveau d'éducation moyen, diminue de 14.7% en Allemagne (R.-U. : 19.9% et SU : 16.4%). Cette « chute » ne se poursuit pas pour les autres catégories. L'éducation semble donc exercer un fort effet sur la santé surtout pour les individus avec un niveau peu élevé. Ceci est surtout le cas au Royaume-Uni. Ces résultats ne permettent toutefois pas de conclure que l'éducation constitue un déterminant de la santé plus important que le revenu. En effet, nous devons nous demander si c'est l'éducation elle-même qui possède un effet direct sur la santé ou si elle exerce un effet indirect via le revenu. Il se peut que le revenu soit une variable médiatrice de l'éducation, étant donné qu'un niveau d'éducation élevé est habituellement attaché à un revenu élevé. Cette question sera examinée au moment des analyses multivariées.

Quand on examine la mauvaise santé selon le prestige professionnel, on note un taux généralement élevé au sein des catégories avec un niveau de prestige peu élevé ou moyen. L'écart des pourcentages des catégories extrêmes est au-dessus de 11% pour tous les pays (R.-U. : 18.9 et Su. : 12.7 versus All. : 11.2%). Toutefois, nous nous demandons à nouveau si c'est vraiment le prestige plutôt que le revenu attaché à une profession qui constitue l'influence la plus importante. Comme pour l'éducation, nous devons examiner les analyses multivariées pour de tenir compte simultanément des différentes influences.

Tableau 9: La santé perçue selon les variables utilisées et les pays

	Suède (N : 1999)		Royaume-Uni (N : 2052)		Allemagne (N : 2919)	
	Mauvaise santé		Mauvaise santé		Mauvaise santé	
	%	N	%	N	%	N
<i>Niveau d'éducation</i>						
Peu élevé	40.0	212	44.9	258	54.4	562
Moyen	23.6	153	25.0	161	39.7	175
Élevé	22.7	74	22.5	83	34.1	286
Très élevé	19.3	94	20.1	91	31.5	185
<i>Prestige de profession</i>						
Peu élevé	33.3	165	37.3	200	47.4	328
Moyen	31.0	148	31.9	153	48.0	319
Élevé	22.5	112	28.5	132	40.3	240
Très élevé	20.6	93	18.4	90	36.2	227
<i>Situation économique perçue</i>						
Confortable	21.7	231	19.7	161	32.3	263
Suffisant	30.3	227	34.0	325	42.9	705
Difficile	43.4	62	40.6	89	52.7	182
Très difficile	42.9	12	47.6	20	63.3	57
<i>Statut d'emploi</i>						
Employé	19.1	211	17.5	172	31.1	411
Travailleur autonome	22.8	33	21.7	33	33.2	68
Pas d'emploi	38.7	290	42.9	390	53.0	736
<i>État civil</i>						
Célibataire	21.6	167	23.0	127	27.3	212
Marie	28.5	262	25.9	255	44.1	713
Séparé/ Divorcé/ Veuve	34.9	105	41.9	211	55.5	288
<i>Mobilité (Père)</i>						
mobilité ascendante	19.5	73	23.0	62	35.8	19
légère mobilité asc.	28.1	172	33.4	156	43.1	261
pas de mobilité	30.9	181	30.0	279	42.7	615
mobilité descendante	22.3	55	22.5	40	37.0	242
<i>Mobilité (Mère)</i>						
mobilité ascendante	19.5	88	21.6	65	43.3	104
légère mobilité asc.	28.8	182	31.3	151	45.4	556
pas de mobilité	32.4	177	29.8	296	42.6	433
mobilité descendante	21.1	51	26.8	33	23.5	80
<i>Sexe</i>						
Masculin	23.4	237	28.0	267	39.4	554
Féminin	30.3	297	30.3	331	43.8	662
<i>Groupe d'âge</i>						
15-29	15.4	65	15.6	53	20.8	114
30-44	18.3	105	18.7	113	29.3	250
45-64	29.8	191	33.7	214	48.1	468
65+	48.2	173	45.9	215	70.3	367

En ce qui a trait à la perception subjective de la situation économique personnelle, le tableau révèle également une influence considérable pour tous les pays. Par exemple, nous observons en Suède, pour la catégorie *confortable*, une proportion de 21.7% d'individus qui se disent en mauvaise santé (R.-U. : 19.7% et ALL : 32.3%). La proportion, pour les gens qui perçoivent leur situation économique comme étant *très difficile* augmente de 21.2% en Suède (R.-U. : 27.9% et ALL : 31.0%). Ainsi, conformément à nos attentes, la perception de la position occupée exerce une forte influence sur la santé. Cependant, nous nous demandons à quel degré cette influence est directe. Nous supposons que cette variable est une variable médiatrice de l'effet du revenu relatif. En d'autres termes, une partie de l'effet exercé par la perception de la situation économique pourrait être un effet indirect du revenu.

Le statut d'emploi apparaît aussi relié à la santé. Pour les trois pays, les individus n'ayant pas d'emploi ont plutôt tendance à rapporter une mauvaise santé par rapport aux individus en emploi. (SU : 38.7% versus 19.1%; R.-U. : 42.9% versus 17.5% ; ALL : 53.0% versus 31.1%). C'est surtout le cas au Royaume-Uni, où l'écart entre les sans emploi et les employés est de 25.4% (SU : 17.1% ; ALL : 21.9%). La participation au marché et la récompense financière qui en découle, apparaît ainsi indispensable afin d'assurer son bien-être au Royaume-Uni. En Allemagne, nous supposons que les employés profitent de droits sociaux attachés au fait d'avoir un emploi. Les travailleurs autonomes se distinguent peu des employés. Nous nous demandons cependant quel est le profil des individus se retrouvant dans la catégorie des « sans emploi ». Il se peut, par exemple, que les individus sans emploi soient des individus vieux ou retraités, ce qui donnerait alors lieu à un effet de cycle de vie plutôt qu'à un effet lié au statut d'emploi

en tant que tel. Ceci montre l'importance d'examiner la question relative à l'emploi avec des modèles multivariés qui incluent une variable pour l'âge.

Concernant l'état civil, nous notons pour les trois pays un faible taux de gens célibataires et mariés qui se disent en mauvaise santé par rapport aux gens séparés, divorcés ou veufs (pour célibataires : SU : 21.6% versus 34.9% ; R.-U. : 23.0% versus 41.9% ; ALL : 27.3% versus 55.5%). Comme pour les autres variables, il s'agit probablement ici d'un effet médiateur. Nous supposons que la tendance observée parmi les gens célibataires et ceux de la troisième catégorie est plutôt causée par l'âge relatif des gens au sein des catégories. Ce n'est donc pas nécessairement le fait de ne pas être marié qui améliore la santé, mais plutôt le fait que les célibataires sont probablement jeunes et pas encore mariés.

Quant à la mobilité par rapport aux parents (mère et père), nous observons une faible proportion de gens rapportant une mauvaise santé parmi ceux ayant connu une mobilité descendante (SU : 22.3% ; R.-U- : 22.5, ALL : 37.0). Ces résultats sont difficiles à interpréter et s'éloignent de ce que nous attendions. Cependant, il se peut que l'âge joue aussi un rôle important. Par exemple, étant donné que les jeunes n'ont pas forcément atteint un niveau élevé d'éducation et possèdent donc un niveau « inférieur » aux parents, on pourrait penser qu'il s'agit de nouveau d'un effet de cycle de vie. Autrement dit, il se peut que les gens ayant connu une mobilité descendante par rapport aux parents soient en général jeunes. En effet, en calculant la moyenne d'âge, nous constatons que l'âge moyen est, pour les trois pays, plus élevé au sein de la catégorie *pas de mobilité* qu'au sein de la catégorie avec mobilité descendante (SU : 54.6 versus 31,5 ;

R.-U. :50.3 versus 37.3 ; ALL : 48.0 versus 38.8) . Ceci montre encore l'importance des modèles multivariés. De plus, il est important de noter que le nombre de cas est généralement faible pour les gens avec une mobilité descendante. Dans le contexte d'une hausse générale du niveau d'éducation depuis l'après-guerre, il est plausible qu'un niveau d'éducation autrefois attaché à un statut socioéconomique élevé soit dorénavant classifié comme bas. Conséquemment, seuls quelques d'individus sont classés comme ayant connu une mobilité descendante sans que la hausse générale soit prise en considération.

Concernant le sexe, nous observons, uniquement pour la Suède, une influence qui apparaît remarquable : 30.3% des femmes en Suède se disent en mauvaise santé. L'écart par rapport aux hommes est de 6.9% (R.-U. : 2.3% ; ALL : 4.5%). Pour ce qui est de l'âge, nous observons une forte influence. Cette influence semble linéaire : plus les gens sont vieux, plus élevée est leur probabilité de rapporter un mauvais état de santé. Par exemple, nous notons chez les jeunes Suédois, une proportion de 15.4% (R.-U. : 15.6% ; ALL : 20.8%) par rapport à 48.2% (R.-U. : 45.9% ; ALL : 70.3%) chez les plus âgés, ce qui correspond à un écart de 32.8% (R.-U. : 30.3% ; ALL : 49.5%).

## CHAPITRE 7: RÉSULTATS DES ANALYSES MULTIVARIÉES

Pour ce qui est des analyses multivariées, il est important de rappeler que les rapports de cote présentés ne représentent pas des « chances » en termes absolus, puisqu'ils renvoient toujours à la catégorie de référence. Il s'agit en effet de la différence des chances de rapporter une mauvaise santé par rapport à la catégorie de référence au sein des pays. De ce fait, il est important de faire un rappel de la notion de catégorie de référence avant d'examiner les résultats. Nous avons principalement choisi comme référence pour chaque variable la modalité qui nous semblait devoir présenter le meilleur état de santé. Pour nos régressions, la catégorie de référence est née de la combinaison de toutes les variables contrôlées. Ainsi, le cas de référence est un homme de 15-29 ans, célibataire, ayant un revenu supérieur à la médiane du pays, de niveau d'éducation très élevé et ayant une profession au prestige très élevé. De plus, il perçoit sa situation économique comme étant confortable, a vécu une mobilité ascendante par rapport à ses parents et occupe bien sûr un emploi.

Les trois pages suivantes présentent les tableaux récapitulatifs des régressions logistiques selon les trois pays. Nous présentons les rapports de cote et les intervalles de confiance à 95 % sur la base du test de Wald. Les résultats significatifs sont en gras. Nous allons examiner successivement les résultats selon les modèles. L'annexe (E) présente un tableau récapitulatif comprenant les trois pays.

Tableau 10: Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour la Suède :

Variables	Suède (N : 1999)						
	Modèles						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sexe</i>							
Masculin	-	-	-	-	-	-	-
Féminin	1.37 (1.11-1.68)	1.24 (0.99-1.54)	1.32 (1.07-1.63)	1.47 (1.78-1.84)	1.32 (1.07-1.63)	1.22 (0.98-1.52)	1.21 (0.97-1.52)
<i>Groupes d'âge</i>							
15-29	-	-	-	-	-	-	-
30-44	1.24 (0.88-1.74)	1.43 (0.99-2.06)	1.29 (0.91-1.82)	1.65 (1.08-2.51)	2.12 (1.44-3.13)	1.42 (0.98-2.05)	2.11 (1.40-3.18)
45-64	2.31 (1.69-3.18)	2.87 (2.01-4.10)	2.71 (1.96-3.74)	3.26 (2.17-4.91)	4.33 (2.87-6.55)	2.96 (2.06-4.24)	4.72 (3.02-7.35)
65+	5.05 (3.61-7.08)	4.55 (3.05-6.78)	5.60 (3.97-7.92)	6.71 (4.32-10.4)	5.34 (3.46-8.26)	4.97 (3.31-7.45)	5.21 (3.17-8.53)
<i>Revenu relatif</i>							
< 40%		1.12 (0.64-1.97)				0.75 (0.41-1.34)	0.68 (0.37-1.24)
40% - < 60%		1.47 (1.02-2.12)				1.01 (0.68-1.50)	0.91 (0.60-1.36)
60% - < 80%		1.89 (1.30-2.73)				1.50 (1.02-2.20)	1.39 (0.94-2.06)
80% - < 100%		1.23 (0.92-1.63)				1.02 (0.76-1.37)	0.98 (0.72-1.32)
> 100%		-				-	-
Non révélé		1.03 (0.61-1.73)				0.88 (0.51-1.51)	0.75 (0.43-1.29)
<i>Niveau d'éducation</i>							
Peu élevé		1.24 (0.84-1.83)				1.29 (0.87-1.90)	1.30 (0.88-1.92)
Moyen		1.02 (0.72-1.44)				1.01 (0.71-1.42)	1.06 (0.75-1.51)
Élevé		1.06 (0.73-1.54)				1.03 (0.70-1.50)	1.05 (0.71-1.54)
Très élevé		-				-	-
<i>Prestige de profession</i>							
Peu élevé		1.65 (1.13-2.40)				1.53 (1.05-2.24)	1.43 (0.97-2.10)
Moyen		1.52 (1.05-2.21)				1.46 (1.00-2.12)	1.38 (0.95-2.02)
Élevé		1.03 (0.73-1.46)				1.03 (0.72-1.45)	0.99 (0.70-1.42)
Très élevé		-				-	-
<i>Situation écon. perçue</i>							
Confortable			-			-	-
Suffisant			1.72 (1.38-2.16)			1.60 (1.25-2.04)	1.54 (1.20-1.97)
Difficile			3.31 (2.26-4.86)			3.07 (2.02-4.65)	2.90 (1.90-4.43)
Très difficile			3.63 (1.65-8.01)			3.09 (1.27-7.50)	2.77 (1.12-6.85)
<i>Mobilité desc. (Père)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.04 (0.61-1.77)			
pas de mobilité				0.99 (0.59-1.68)			
mobilité descendante				1.27 (0.70-2.29)			
<i>Mobilité desc. (Mère)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.85 (1.12-3.07)			
pas de mobilité				1.58 (0.95-2.64)			
mobilité descendante				1.61 (0.87-2.97)			
<i>Statut d'emploi</i>							
Employé					-		-
Travailleur autonome					1.12 (0.73-1.72)		1.13 (0.73-1.76)
Pas d'emploi					2.32 (1.75-3.07)		2.07 (1.53-2.80)
<i>État civil</i>							
Célibataire					-		-
Marie					0.68 (0.50-0.92)		0.71 (0.52-0.97)
Séparé/ Divorcé/ Veuf					0.63 (0.44-0.92)		0.59 (0.40-0.87)
CHI <sup>2</sup> du modèle	140.30	172.76	190.93	155.13 (10)	182.66 (8)	205.05 (18)	234.58 (22)
(degrés de liberté)	(4)	(15)	(7)				
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0605	0.0773	0.0827	0.0760	0.0788	0.0920	0.1053

Tableau 11: Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour le Royaume-Uni

Variables	Royaume-Uni (N : 2052)						
	Modèles						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sexe</i>							
Masculin	-	-	-	-	-	-	-
Féminin	1.15 (0.94-1.40)	1.03 (0.83-1.27)	1.09 (0.89-1.33)	1.15 (0.93-1.43)	0.99 (0.80-1.22)	1.02 (0.82-1.26)	0.96 (0.77-1.19)
<i>Groupes d'âge</i>							
15-29	-	-	-	-	-	-	-
30-44	1.24 (0.87-1.78)	1.35 (0.92-1.97)	1.21 (0.84-1.74)	1.33 (0.89-2.00)	1.71 (1.14-2.56)	1.24 (0.84-1.83)	1.47 (0.96-2.25)
45-64	2.75 (1.97-3.86)	2.83 (1.96-4.10)	3.00 (2.12-4.25)	3.02 (2.06-4.44)	3.81 (2.50-5.83)	2.87 (1.98-4.16)	3.33 (2.12-5.23)
65+	4.60 (3.26-6.49)	3.59 (2.42-5.33)	5.31 (3.71-7.60)	4.77 (3.22-7.09)	3.01 (1.93-4.70)	4.11 (2.74-6.14)	2.89 (1.75-4.75)
<i>Revenu relatif</i>							
< 40%		2.29 (1.62-3.28)				1.50 (1.03-2.17)	1.13 (0.76-1.66)
40% - < 60%		2.00 (1.45-2.76)				1.47 (1.05-2.06)	1.11 (0.78-1.56)
60% - < 80%		1.07 (0.68-1.68)				0.90 (0.57-1.43)	0.90 (0.56-1.43)
80% - < 100%		1.67 (1.16-2.41)				1.45 (1.00-2.10)	1.32 (0.90-1.92)
> 100%		-				-	-
Non révélé		1.47 (1.04-2.10)				1.35 (0.94-1.94)	1.19 (0.82-1.71)
<i>Niveau d'éducation</i>							
Peu élevé		1.22 (0.86-1.74)				1.19 (0.83-1.70)	1.18 (0.82-1.70)
Moyen		0.89 (0.64-1.23)				0.85 (0.61-1.19)	0.85 (0.60-1.18)
Élevé		0.95 (0.66-1.36)				0.93 (0.65-1.34)	0.94 (0.64-1.35)
Très élevé		-				-	-
<i>Prestige de profession</i>							
Peu élevé		1.83 (1.29-2.58)				1.78 (1.26-2.53)	1.80 (1.26-2.56)
Moyen		1.51 (1.07-2.13)				1.47 (1.03-2.07)	1.44 (1.02-2.05)
Élevé		1.54 (1.11-2.14)				1.57 (1.12-2.19)	1.58 (1.13-2.22)
Très élevé		-				-	-
<i>Situation écon. perçue</i>							
Confortable			-			-	-
Suffisant			2.31 (1.84-2.90)			1.97 (1.55-2.52)	1.92 (1.50-2.46)
Difficile			3.67 (2.61-5.15)			2.97 (2.04-4.32)	2.58 (1.76-3.79)
Très difficile			5.08 (2.64-9.80)			3.86 (1.86-8.02)	3.20 (1.52-6.74)
<i>Mobilité desc. (Père)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.18 (0.71-1.97)			
pas de mobilité				0.89 (0.52-1.50)			
mobilité descendante				0.77 (0.40-1.46)			
<i>Mobilité desc. (Mère)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.47 (0.88-2.45)			
pas de mobilité				1.60 (0.95-2.69)			
mobilité descendante				2.77 (1.38-5.56)			
<i>Statut d'emploi</i>							
Employé					-		-
Travailleur autonome					1.13 (0.74-1.75)		1.23 (0.79-1.93)
Pas d'emploi					2.91 (2.26-3.75)		2.33 (1.76-3.09)
<i>État civil</i>							
Célibataire					-		-
Marie					0.61 (0.45-0.84)		0.70 (0.50-0.97)
Séparé/ Divorcé/ Veuf					1.04 (0.74-1.46)		0.99 (0.69-1.43)
CHI <sup>2</sup> du modèle	135.20	214.79	223.82	129.23	229.73	261.73	303.54
(degrés de liberté)	(4)	(15)	(7)	(10)	(8)	(18)	(22)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0548	0.0909	0.0912	0.0606	0.0934	0.1110	0.1289

Tableau 12: Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour l'Allemagne

Variables	Allemagne (N : 2919)						
	Modèles						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sexe</i>							
Masculin	-	-	-	-	-	-	-
Féminin	1.16 (0.99-1.36)	1.12 (0.94-1.32)	1.17 (0.99-1.37)	1.13 (0.96-1.34)	1.08 (0.92-1.28)	1.13 (0.95-1.34)	1.09 (0.92-1.30)
<i>Groupes d'âge</i>							
15-29	-	-	-	-	-	-	-
30-44	1.57 (1.22-2.02)	1.51 (1.11-2.04)	1.57 (1.21-2.04)	1.48 (1.10-1.97)	1.94 (1.42-2.65)	1.50 (1.10-2.04)	1.51 (1.06-2.15)
45-64	3.54 (2.78-4.50)	3.30 (2.45-4.44)	3.84 (2.99-4.93)	3.47 (2.60-4.61)	4.00 (2.89-5.53)	3.44 (2.54-4.66)	3.21 (2.22-4.64)
65+	8.95 (6.77-11.8)	7.08 (5.03-9.95)	10.0 (7.50-13.3)	8.88 (6.47-12.2)	7.21 (5.03-10.3)	7.68 (5.42-10.9)	5.64 (3.67-8.64)
<i>Revenu relatif</i>							
< 40%		2.10 (1.44-3.07)				1.42 (0.94-2.12)	1.33 (0.88-2.00)
40% - < 60%		1.94 (1.39-2.71)				1.40 (0.98-1.99)	1.32 (0.92-1.89)
60% - < 80%		1.20 (0.90-1.59)				0.99 (0.98-1.33)	0.95 (0.70-1.28)
80% - < 100%		1.11 (0.87-1.42)				1.00 (0.78-1.29)	0.97 (0.76-1.25)
> 100%		-				-	-
Non révélé		1.19 (0.93-1.54)				1.08 (0.83-1.40)	1.03 (0.79-1.34)
<i>Niveau d'éducation</i>							
Peu élevé		1.69 (1.28-2.24)				1.62 (1.22-2.14)	1.48 (1.11-1.97)
Moyen		1.17 (0.86-1.58)				1.12 (0.82-1.51)	1.11 (0.82-1.51)
Élevé		1.05 (0.81-1.36)				1.03 (0.79-1.34)	1.01 (0.78-1.32)
Très élevé		-				-	-
<i>Prestige de profession</i>							
Peu élevé		1.26 (0.96-1.36)				1.19 (0.90-1.56)	1.19 (0.90-1.57)
Moyen		1.33 (1.02-1.74)				1.25 (0.95-1.63)	1.25 (0.95-1.65)
Élevé		1.15 (0.89-1.50)				1.13 (0.87-1.47)	1.13 (0.86-1.47)
Très élevé		-				-	-
<i>Situation écon. perçue</i>							
Confortable			-			-	-
Suffisant			1.64 (1.36-1.98)			1.42 (1.15-1.75)	1.41 (1.13-1.74)
Difficile			3.07 (2.32-4.05)			2.38 (1.71-3.29)	2.21 (1.59-3.08)
Très difficile			4.86 (3.01-7.86)			2.95 (1.71-5.07)	2.50 (1.44-4.34)
<i>Mobilité desc. (Père)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.29 (0.68-2.45)			
pas de mobilité				1.26 (0.65-2.41)			
mobilité descendante				1.43 (0.72-2.84)			
<i>Mobilité desc. (Mère)</i>							
mobilité ascendante				-			
légère mobilité asc.				1.23 (0.88-1.72)			
pas de mobilité				1.33 (0.93-1.92)			
mobilité descendante				0.87 (0.53-1.41)			
<i>Statut d'emploi</i>							
Employé					-		-
Travailleur autonome					0.91 (0.66-1.26)		0.97 (0.69-1.36)
Pas d'emploi					1.74 (1.44-2.10)		1.57 (1.27-1.94)
<i>État civil</i>							
Célibataire					-		-
Marie					0.94 (0.73-1.22)		1.04 (0.79-1.37)
Séparé/ Divorcé/ Veuf					1.09 (0.80-1.49)		1.02 (0.73-1.42)
CHI <sup>2</sup> du modèle	135.20	214.79	223.82	129.23	229.73	261.73	303.54
(degrés de liberté)	(4)	(15)	(7)	(10)	(8)	(18)	(22)
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0548	0.0909	0.0912	0.0606	0.0934	0.1110	0.1289

### 7.1 Modèle 1

Le premier modèle comprend uniquement les variables de contrôle, à savoir l'âge et le sexe. Pour chaque pays, le modèle présenté est significatif en vertu du test du  $\text{CHI}^2$  ( $\text{CHI}^2$  : Su.=140.30 ; R.-U.=135.20 ; ALL=357.65 avec 4 degrés de liberté). Le Pseudo  $R^2$  est de 0.0605 pour la Suède, de 0.0548 pour le Royaume-Uni et de 0.0910 pour l'Allemagne. Rappelons que nous utilisons ces mesures uniquement pour fins de comparaison aux modèles subséquents.

Nous avons cherché à savoir si ces deux variables indépendantes produisaient des variations significatives dans l'ajustement. Les tests de vraisemblance pour l'âge montrent que les catégories d'âge exercent conjointement une influence statistiquement significative pour les trois pays; mais le genre améliore le modèle uniquement en Suède. Les rapports de cote indiquent pour les trois pays que l'âge est associé avec la santé de façon monotone : plus les individus sont âgés, plus la probabilité de rapporter une mauvaise santé est grande par rapport à la catégorie de référence. Cependant, pour ce qui est des individus ayant 30-44 ans, la probabilité de rapporter une mauvaise santé ne se distingue pas fortement de celle des plus jeunes en Suède et au Royaume-Uni.

### 7.2 Modèle 2

Le deuxième modèle nous permet d'examiner l'effet des trois variables décrivant la situation objective de l'individu par rapport à son pays. Notons que les trois variables ajoutées par rapport au premier modèle démontrent tous les trois un effet significatif

quand on calcule des régressions logistiques séparément pour chaque variable (ajustées pour l'âge et le sexe).<sup>18</sup>

En vertu du test du CHI<sup>2</sup>, nous remarquons que le modèle présenté est significatif avec 15 degrés de liberté pour chacun des pays. De plus, par rapport au premier modèle, le Pseudo R<sup>2</sup> augmente pour les trois pays. C'est surtout le cas pour le Royaume-Uni (0.0546 versus 0.0910), où les variables de statut économique semblent surtout jouer un rôle majeur.

Afin de tester la significativité des variables catégorielles dans ce modèle pour les trois pays, nous avons aussi effectué des tests de vraisemblance pour les variables de façon séparée. Il ne s'agit pas ici de savoir si chaque catégorie est significativement différente de la catégorie de référence, mais si les catégories de la variable exercent conjointement une influence statistiquement significative en examinant si leur ajout au modèle améliore significativement sa justesse. Les tests nous indiquent que, pour les trois pays, seul le revenu relatif et l'âge présentent des résultats statistiquement significatifs au seuil de  $p < 0.05$ . Pour ce qui est de la profession et de l'éducation, nous retrouvons des résultats différents. Alors qu'en Suède et au Royaume-Uni l'ajout de la variable profession améliore le modèle significativement, la différence des CHI<sup>2</sup> n'est pas significative en Allemagne (4.87 avec 3 degrés de liberté). L'éducation ajoute à la prédiction de manière significative uniquement en Allemagne.

---

<sup>18</sup> Voir Annexe A pour les résultats complets des régressions dans le logiciel Stata.

Les rapports de cote des catégories de la variable du revenu relatif sont dans tous les cas supérieurs à la catégorie de référence. Étant donné que la catégorie de référence est *revenu supérieur à la médiane des revenus du pays*, ceci souligne le fait que les individus ayant un faible revenu ont tendance à rapporter un mauvais état de santé par rapport au gens ayant un revenu supérieur à la médiane ( $>100\%$ ).

En comparant les rapports de cote selon les pays pour ce modèle, nous constatons des valeurs différentes selon les pays. Nous observons, en Suède, pour la deuxième catégorie (40%-<60%), un rapport de cote de 1.47. Les chances de rapporter une mauvaise santé au sein de cette catégorie sont, au Royaume-Uni, de 2.00 fois supérieures à la catégorie de référence et de presque deux fois (1.94) en Allemagne. En Suède, la valeur apparaît ainsi inférieure à celles des mêmes catégories des autres pays. Afin de savoir si cette différence est marquée, nous pouvons fonder notre comparaison sur les intervalles de confiance. Nous regardons si le rapport de cote pour la Suède tombe dans les intervalles de confiance du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Ceci correspond à un test Wald qui emploie comme constante le coefficient estimé pour un autre pays et non pas zéro. Autrement dit, nous ne testons pas si le coefficient se distingue par rapport à zéro mais à la valeur du coefficient d'un autre pays. En regardant les intervalles de confiance nous constatons que le rapport de cote pour la Suède (1.47) tombe dans les intervalles confiance du Royaume-Uni et de l'Allemagne (RU : 1.45-2.76 ; ALL : 1.39-2.71). Cependant, pour ce qui est du Royaume-Uni, nous notons que le rapport de cote pour la Suède se retrouve au bord de l'intervalle. En somme, nous pouvons ainsi retenir pour ce modèle que le revenu relatif joue un rôle important dans les trois pays. En comparant les valeurs des rapports de cote, nous retenons que le fait

d'être relativement pauvre au Royaume-Uni semble légèrement davantage relié à un mauvais état de santé qu'en Suède. Regardons maintenant chaque pays individuellement.

Pour la Suède, les résultats sont significatifs pour les deux catégories au-dessous de 80% sauf pour la catégorie la plus défavorisée. Ceci pourrait être lié, comme nous l'avons déjà observé au sein des analyses descriptives, au fait que nous retrouvons, dans la dernière catégorie, relativement peu de cas. Ceci réduit fortement la chance de trouver des résultats sans équivoque. Pour ce qui est du Royaume-Uni, seule la catégorie 60% - <80% ne produit pas de résultat significatif. Comme pour la dernière catégorie en Suède, ceci peut être causé par le nombre de cas réduit au sein de cette catégorie rapportant une mauvaise santé (R.-U. : 33, SU : 71, ALL : 141). Sinon, nous observons un effet important des autres catégories. Les deux catégories les plus défavorisées montrent en effet une chance deux fois supérieure par rapport à la catégorie de référence. Pour l'Allemagne, nous observons une tendance comparable à celle du Royaume-Uni. Comme au R.-U., les deux catégories les plus défavorisées montrent qu'un faible revenu relatif est significativement associé à une plus grande probabilité de rapporter un mauvais état de santé (<40% : 2.10, 40% - <60% : 1.94). Pourtant, les résultats ne sont pas significatifs pour les deux catégories au-dessous de la catégorie de référence.

Pour ce qui est de la catégorie *non révélée*, les rapports de cote se rapprochent pour les trois pays de la catégorie de référence. Au Royaume-Uni seulement, nous observons un résultat qui se distingue significativement à un seuil de 5% par rapport aux individus ayant un revenu supérieur à la médiane du pays.

Les résultats des tests de vraisemblance pour les niveaux d'éducation montrent des résultats significatifs uniquement pour l'Allemagne. Les individus ayant un niveau d'éducation supérieur par rapport aux individus des autres catégories ont ici tendance à rapporter un bon état de santé. Ces résultats se distinguent des résultats bivariés et des régressions effectués séparément pour chaque variable. Ceci indique que le revenu est une variable médiatrice de l'éducation. Ainsi, en Suède et au Royaume-Uni, une grande partie de la relation observée dans les analyses bivariées peut être expliquée par un effet indirect : le niveau d'éducation n'est pas directement relié à la santé, mais le revenu attaché à un niveau élevé d'éducation constitue le déterminant réel. Nous observons un effet net de l'éducation uniquement pour l'Allemagne. Nous retenons, contrairement à ce que nous attendions, que l'éducation n'a pas de grande importance en Suède, alors qu'elle s'avère significative en l'Allemagne.

Pour ce qui est du prestige de la profession, le tableau présente des résultats intéressants. Comme nous l'avons mentionné, les tests de maximum de vraisemblance montrent des résultats significatifs en Suède et au Royaume-Uni : nous retrouvons en Suède, dans les trois catégories exposées, une probabilité marquée de rapporter une mauvaise santé (*peu élevé* : 1.65, *moyen* : 1.52, *élevé* : 1.54). Pour le Royaume-Uni, nous observons des résultats similaires : *peu élevé* : 1.83, *moyen* : 1.51, *élevé* : 1.54. En d'autres termes, une grande partie de la relation observée au sein des analyses bivariées en Allemagne apparaît causée par un effet indirect du revenu relatif attaché à la profession. Le prestige de profession ne semble donc ici pas directement associé à la santé. Pour ce qui est de la Suède et du Royaume-Uni, les résultats indiquent aussi que le

prestige de la profession pourrait jouer un rôle médiateur de l'éducation étant donné que les valeurs pour l'éducation baissent en général lorsque l'on introduit la profession.

Nous retenons ainsi que le prestige associé à la profession joue un rôle important en Suède et au Royaume-Uni en regardant les trois variables socio-économiques. Pour ce qui est de l'Allemagne, il se peut que ce ne soit pas le prestige qui importe, mais juste le fait d'avoir un emploi. Sur cette base, les résultats reflètent une importance réduite du prestige mais non pas de l'emploi lui-même.

Nous avons anticipé que la privation ne se limite pas nécessairement sur le revenu. Pour ce qui est de l'éducation, nous observons, seulement en Allemagne, un effet direct. Autrement dit, pour le Royaume-Uni et la Suède, il ne semble pas exister un effet de privation sur la base de l'éducation, étant donné qu'une grande partie de l'effet est expliqué par le revenu et la profession fortement attaché à l'éducation. Pour ce qui est de l'Allemagne, les résultats ne permettent pas nécessairement de conclure qu'il s'agit d'un sentiment de défavorisation par rapport au niveau moyen d'éducation des autres individus du pays.

### **7.3 Modèle 3**

Le troisième modèle nous permet d'étudier l'effet de la perception subjective de la situation économique. Comme pour les modèles précédents, les  $CHI^2$  du modèle sont significatifs. Pour ce qui est des Pseudo  $R^2$ , nous constatons que les variables de la perception subjective améliorent clairement la mesure du modèle par rapport au premier modèle. Cette amélioration apparaît supérieure à celle que l'on observe en ajoutant les

variables du deuxième modèle. Ainsi, les résultats indiquent à première vue que l'effet de la perception subjective est supérieur à l'effet des trois variables décrivant la situation objective de l'individu.

En examinant les rapports de cote pour la situation économique perçue, le tableau montre que la chance est dans tous les cas supérieure à la catégorie de référence *confortable*. En regardant les valeurs des catégories, nous nous apercevons que la probabilité de rapporter une mauvaise santé augmente graduellement selon les catégories pour les trois pays. Nous pouvons ainsi affirmer avec certitude que la chance de rapporter une mauvaise santé augmente avec la mauvaise perception de la situation économique d'un individu.

Les valeurs des rapports de cote se distinguent légèrement selon les pays. Pour ce qui est de la Suède, le tableau montre pour la dernière catégorie (perception la plus négative de la situation économique) une chance plus que trois fois supérieure de rapporter une mauvaise santé par rapport à la catégorie de référence (3.65). Dans la même catégorie, le rapport de cote est de 5.08 au Royaume-Uni et de 4.86 en Allemagne. Cependant, en regardant si le rapport de cote pour la Suède (3.65) tombe dans les intervalles de confiance des autres pays (RU : 2.64-9.80 ; ALL : 3.01-7.86), nous voyons que cette différence n'apparaît pas nécessairement marqué. En résumé, nous observons pour tous les trois pays que la *situation économique perçue* exerce un grand effet sur la santé. Ces résultats correspondent aux résultats de Adler (2000) qui indiquent que la dimension subjective de la position sociale est un indicateur plus

important que la position objective, et donc un élément important du concept de la privation relative.

Tel que nous l'avons mentionné lors des analyses descriptives, nous devons nous demander jusqu'à quel degré l'effet mesuré ressort d'un effet direct ou bien s'il s'agit d'un effet indirect du revenu. Autrement, il se peut que l'on observe simplement un effet médiateur.

#### 7.4 Modèle 4

Le quatrième modèle inclut les variables relatives à la mobilité sociale intergénérationnelle des répondants. De nouveau, les  $\text{CHI}^2$  du modèle sont significatifs en vertu des tests du  $\text{CHI}^2$ . Comme pour les autres modèles, nous avons effectué des tests de maximum de vraisemblance pour les catégories conjointes. C'est uniquement au Royaume-Uni que le coefficient mobilité descendante par rapport à la mère présente un résultat significatif au seuil de 5%.

En comparant les valeurs du Pseudo  $R^2$  selon les pays avec celles du premier modèle, nous voyons pour les trois pays que la justesse du modèle s'améliore faiblement. Autrement dit, les variables utilisées ne semblent pas clairement reliées à la santé des individus, comme les analyses descriptives l'avaient déjà annoncé. Nous observons une probabilité significativement différente à celle de la catégorie de référence uniquement pour la mobilité par rapport à la mère au Royaume-Uni. Sur cette base, nous devons évoquer plusieurs problèmes.

Étant donné que nous avons créé notre variable sur la base de la variable d'éducation, nous devons aussi évoquer la possibilité que les gens ayant un niveau d'éducation peu élevé se retrouvent dans les catégories ayant connu une mobilité professionnelle descendante. Ainsi, il se peut aussi que nous observions un effet indirect de l'éducation. Sur cette base, il est difficile de tirer des conclusions claires. Et ce d'autant plus que l'éducation est reliée à l'âge, ce qui nous conduit, par rapport aux analyses descriptives, à ne plus pouvoir observer un effet positif avec une mobilité descendante.

Nous ne pouvons donc pas tirer des conclusions claires sur le rôle de la mobilité descendante. Cela ne signifie toutefois pas que le fait d'avoir connu une mobilité descendante par rapport aux parents n'a pas d'impact sur la santé. C'est plutôt que nos données font obstacle à une opérationnalisation adéquate. On pourrait explorer, par exemple, la possibilité que la comparaison par rapport à une génération antérieure soit dépendante du genre du répondant (les femmes auraient plutôt tendance à se comparer à leur mère). D'autres difficultés pourraient être reliées à la validité de construit de la variable elle-même : comme mentionné, dans le contexte d'une hausse générale du niveau d'éducation depuis le temps de l'après-guerre, il est plausible qu'un niveau d'éducation autrefois attaché à un statut socioéconomique élevé soit dorénavant classifié comme étant relativement faible. Une possibilité autre serait de mettre l'accent sur la profession comme objet de comparaison et d'utiliser des classifications assez stables, comme par exemple la classification d'Erikson, Goldthorpe et Portocarero (EGP

Scale)<sup>19</sup>. Mais, le ESS ne contient pas, malheureusement, ces informations pour les parents. Sur la base de ces résultats nous allons exclure cette variable dans notre modèle complet.

### 7.5 Modèle 5

Le cinquième modèle nous permet d'examiner les effets des variables sociodémographiques, à savoir le statut d'emploi et l'état civil. Comme les modèles précédents, celui-ci est significatif en vertu du test du CHI<sup>2</sup>. Pour ce qui est des Pseudo R<sup>2</sup>, sauf pour l'Allemagne, les variables introduites contribuent à une amélioration, par rapport au premier modèle, qui est légèrement supérieure à celle provoquée par l'ajout des variables du deuxième bloc, que nous avons observée dans le deuxième modèle. Le statut d'emploi et l'état civil apparaissent conjointement aussi importants que les variables du statut socioéconomique en Suède et au Royaume-Uni. Ceci n'est pas nécessairement le cas pour l'Allemagne. Pour le Royaume-Uni, nous observons même un ajustement supérieur à celui que produirait l'ajout des variables de la *situation économique perçue*.

Comme pour les modèles précédents, nous avons cherché à savoir si certaines variables produisaient des variations importantes dans l'ajustement du modèle. Les tests de maximum de vraisemblance montrent que pour l'Allemagne, l'état civil ne présente pas de résultats significatifs, alors que pour la Suède et le Royaume-Uni, l'état civil et le statut d'emploi contribuent tous deux de façon significative à l'ajustement du modèle.

---

<sup>19</sup> Erikson, R., J.H. Goldthorpe, L. Portocarero. 1979.

Pour ce qui est du statut d'emploi, nous constatons que l'effet de la catégorie des individus sans emploi s'avère significatif pour les trois pays, après contrôle pour l'âge. Ainsi, pour les trois pays, les gens sans emploi ont une probabilité élevée de rapporter une mauvaise santé par rapport aux gens employés. (SU : 2.32 ; R.U. : 2.91 ; All. : 1.74), la causalité pouvant d'ailleurs aller dans les deux sens. La catégorie des travailleurs autonomes ne se distingue pas significativement de celle des employés. En regardant l'état civil, nous observons uniquement des résultats significatifs en Suède et au Royaume-Uni. Les gens mariés ont ici une probabilité inférieure de rapporter une mauvaise santé par rapport aux célibataires. En d'autres termes, le fait d'être marié augmente la probabilité de rapporter une bonne santé. Ceci apparaît aussi le cas pour la catégorie *séparé/divorcé/veuf* en Suède.

Pour les trois pays l'emploi apparaît important. Les effets mesurés confirment pour le Royaume-Uni l'importance d'un emploi en tant que refuge afin d'assurer le bien-être. Nous retenons qu'afin d'assurer le bien-être, la participation au marché est indispensable au Royaume-Uni. Pour ce qui de la Suède, les résultats se distinguent de nos hypothèses. Alors que la participation au marché n'est pas obligatoire pour profiter de bonnes conditions néo-matérielles et que les droits sociaux ne sont pas attachés à la catégorie professionnelle, l'emploi s'avère important. En accord avec les résultats pour le prestige de profession, on peut supposer que l'emploi signifie ici probablement plus qu'une simple ressource financière. Il semble que nous observions que le travail permet à l'individu de participer à la société et sert, par exemple, comme source d'estime de soi. Nous supposons donc que l'identité d'un individu se fonde, à tout le moins en Suède,

surtout sur la profession et le prestige attaché à cette dernière –quoique, comme nous le verrons dans le modèle complet, l'effet du prestige s'estompe quand on tient aussi compte du statut d'emploi. Le fait d'être marié ne joue pas de rôle majeur en Allemagne. Pour ce qui est de l'Allemagne, la valeur apparaît petite par rapport à celle des autres pays. Toutefois, nous avons évoqué que les droits sociaux ne sont pas nécessairement uniquement attachés au statut d'emploi de l'individu même, mais aussi à celui d'un membre de la famille. Ce n'est donc pas tant le statut d'emploi de l'individu qui compte, mais plutôt le fait que ce dernier a une personne dans son entourage qui travaille. Nous ne pouvons ainsi pas confirmer notre hypothèse d'un effet plus élevé par rapport aux autres pays.

Pour ce qui est de l'état civil, les résultats ne sont pas conformes à ce que nous attendions. Certes nous observons pour les gens mariés, au Royaume-Uni et en Suède, une probabilité significativement moindre de rapporter une mauvaise santé (R.-U. : 0.61 ; SU : 0.68) par rapport aux individus célibataires. Il semble ainsi que la famille sert ici comme institution importante pour assurer le bien-être. Mais cela ne semble pas être le cas pour l'Allemagne<sup>20</sup>. On pourrait penser que l'Allemagne est un pays où les différences de genre sont davantage marquées, et donc anticiper que l'effet du mariage se distingue selon le genre (effet d'interaction entre genre et état civil). Un modèle utilisant un terme d'interaction pour le fait d'être marié et une femme<sup>21</sup> révèle cependant

---

<sup>20</sup> Ces résultats persistent aussi, si nous employons un modèle avec l'état civil sans le statut d'emploi : voir Annexe C pour les résultats des régressions dans le logiciel Stata pour l'Allemagne

<sup>21</sup> Voir Annexe C pour les résultats des régressions dans le logiciel Stata

qu'il n'existe pas de différence selon le genre pour ce qui est de l'influence de la catégorie *marié*.

Toutefois, nous avons concentré nos analyses sur l'état civil légal, ce qui pose certainement un problème dans le contexte d'une augmentation générale du nombre d'unions libres. Le problème est particulièrement important si on considère le fait d'être marié comme un indicateur des ressources sociales d'un individu, car ceux qui ne sont pas officiellement mariés mais qui vivent ensemble, profitent aussi d'un refuge social. Afin de permettre un examen plus précis, il semble ainsi pertinent de faire une distinction plus fine de l'état civil et de ne pas seulement prendre en considération l'état civil légal. La question se pose surtout en Allemagne, compte tenu de nos résultats paradoxaux. Ainsi, nous avons employé encore un autre modèle qui utilise, au lieu des trois catégories pour l'état civil utilisées, une variable décrivant juste le fait de vivre en couple, indépendamment de l'état civil<sup>22</sup>. Nous pouvons ainsi examiner l'effet de la vie en couple (marié ou union libre). Mais les résultats persistent : le fait de vivre en couple n'est pas significativement associé à une meilleure santé. Probablement, il est important d'inclure encore d'autres variables décrivant plus précisément les ressources sociales au niveau individuel comme les bénéfices et les avantages qu'une personne peut retirer de son réseau social ou de la vie en couple. Il semble aussi nécessaire d'examiner plus précisément la répartition des unions (légales, non légales) et le taux de divorce avant d'affirmer avec certitude que la vie en couple n'est pas associée à une meilleure santé.

---

<sup>22</sup> Voir Annexe D pour les résultats des régressions dans le logiciel Stata pour l'Allemagne

En résumé, les résultats indiquent donc que les programmes sociaux universels en Suède ne diminuent pas nécessairement la dépendance des individus envers leur famille. Pour ce qui est de l'Allemagne, nous retenons que, contrairement à nos attentes, les résultats ne montrent pas d'effet prophylactique quant à la santé, que ce soit au plan néo-matériel ou au plan psychosocial.

## 7.6 Modèle 6

Le sixième modèle nous permet d'examiner l'influence des variables socio-économiques et celle de la perception subjective de la situation économique réunies. Pour chaque pays, le modèle présenté est significatif en vertu du test du CHI<sup>2</sup>. En comparant l'ajustement du modèle pour chaque pays avec l'ajustement des modèles 2 et 3, nous constatons que la valeur du Pseudo R<sup>2</sup> change différemment selon les pays. Pour ce qui est du Royaume-Uni et surtout de la Suède, nous observons une augmentation, alors qu'en Allemagne, le Pseudo R<sup>2</sup> ne se distingue pas de celui des modèles 2 et 3. Les variables semblent donc jouer un rôle plus ou moins important selon les pays.

Comme pour tous les modèles, nous avons de nouveau cherché à savoir si certaines variables produisaient des variations importantes dans l'ajustement. En ce qui concerne le revenu relatif, les tests de vraisemblance nous montrent aucun résultat significatif pour les trois pays (SU :  $p > 0.2034$  ; R.-U. :  $p > 0.0685$  ; ALL :  $p > 0.2880$ ). Soulignons tout de même que le Royaume-Uni présente des résultats qui tombent juste au dessus du seuil de significativité à 5%. Pour ce qui est du niveau d'éducation et de la profession, les résultats sont différents selon les pays. L'éducation augmente significativement la justesse du modèle seulement en Allemagne. La profession est

significative en Suède et au Royaume-Uni alors que la variable de perception subjective de la situation économique montre des résultats significatifs pour les trois pays.

Pour ce qui est des rapports de cote du tableau, nous allons tout d'abord examiner l'effet d'un faible revenu par rapport au deuxième modèle. Nous observons des différences intéressantes. Pour les trois pays, nous observons que l'influence apparaît généralement moins élevée qu'au modèle 2. En regardant, par exemple, les résultats de la deuxième catégorie (40 % -< 60 %), le rapport de cote passe, en Suède, de 1.47 à 1.01 et devient non significatif. Une diminution comparable est observable pour le Royaume-Uni (de 2.00 à 1.47) et pour l'Allemagne (1.94 à 1.40). Notons que cette catégorie apparaît significative au Royaume-Uni et en Allemagne à un seuil de 10%. Pour ce qui est de la Suède, pour la troisième catégorie uniquement (60%-<80%), nous observons une probabilité significativement élevée. En Allemagne, aucune catégorie ne se distingue significativement par rapport à la catégorie de référence. Toutefois, nous notons, pour les deux catégories les plus basses, que les résultats (<40% : 1.42, 40%-<60% : 1.40) restent significatifs au seuil de 10%. Tout comme pour les autres pays, nous observons au Royaume-Uni un effet moindre du revenu relatif par rapport au deuxième modèle. Sauf pour la troisième catégorie, les rapports de cote restent significatifs. La probabilité de rapporter une mauvaise santé reste ainsi élevée si l'on a un revenu inférieur au groupe de référence.

Nous retenons donc que l'on observe ici des résultats similaires au deuxième modèle sauf que l'effet apparaît en général réduit. Étant donné que les rapports de cote du revenu relatif diminuent généralement lorsque l'on inclut la perception subjective de

la situation économique, nous pouvons ainsi conclure pour les trois pays, qu'une partie de l'effet mesuré dans le deuxième modèle passe par la *situation économique perçue*. Autrement dit, celle-ci apparaît comme une variable médiatrice du revenu.

Pour ce qui est des niveaux d'éducation, nous n'observons pas de grands changements par rapport au modèle 2. De nouveau, nous remarquons, que l'éducation présente uniquement des résultats significatifs pour l'Allemagne. Le rapport de cote lorsqu'on a un niveau d'éducation peu élevé est ici de 1.77. Ceci indique ainsi de nouveau que c'est en Allemagne que l'éducation représente un déterminant social important de la santé.

Comme dans le deuxième modèle, l'ajout de la variable *profession* améliore de façon importante l'ajustement des modèles en Suède et au Royaume-Uni. Nous observons en Suède, pour les deux catégories les plus basses, des rapports de cote de 1.53 (*peu élevé*) et de 1.46 (*moyen*), qui sont significativement différents de la catégorie de référence. Au Royaume-Uni, à l'instar du deuxième modèle, la probabilité est significativement plus élevée de rapporter une mauvaise santé pour les trois catégories. Nous observons, pour la catégorie *peu élevée*, un rapport de cote de 1.78. (*moyen* : 1.47 ; *élevé* : 1.57). Par rapport au deuxième modèle, les résultats n'ont pas fortement changé. Pour la Suède uniquement, nous pourrions anticiper qu'une petite partie de l'effet passe par la *situation économique perçue*. Pour l'Allemagne, les résultats n'indiquent aucun effet significatif. De nouveau nous retenons donc que le prestige de profession apparaît important en Suède et au Royaume-Uni, alors qu'en Allemagne nous n'observons pas d'influence.

Comme pour le troisième modèle, les résultats indiquent un effet fort de la perception de la situation économique sur la santé peu importe les pays. Pour tous les trois pays, les résultats n'ont pas fortement changé. Plus les individus perçoivent négativement leur situation économique, plus ils ont tendance à rapporter une mauvaise santé. Sur cette base, nous pouvons confirmer de nouveau l'importance de la dimension subjective du concept de la privation relative.

Il est toutefois important de soulever deux questions. Premièrement, il est possible que l'influence soit réciproque. Autrement dit, il se peut que la perception d'un manque de ressource financière se forme surtout si l'on tombe malade. Ce n'est donc pas nécessairement la perception qui explique un mauvais état de santé, mais aussi la santé elle-même qui détermine la perception de la situation économique vécue. Deuxièmement, nous retenons en ce qui a trait à la perception de la situation économique, que les résultats indiquent qu'il s'agit d'un effet médiateur. Une partie de l'effet est donc un effet indirect du revenu. Ceci semble surtout le cas pour l'Allemagne, où la justesse du modèle ne se distingue pas forcément des modèles 2 et 3. Soulignons cependant que la perception exerce un effet qui ne peut pas être complètement considéré par un effet inverse et/ou médiateur. Le sens attribué par un individu à la situation occupée joue un rôle propre important. Autrement dit, une mauvaise perception de la situation économique ne semble ainsi pas nécessairement reliée à un revenu faible.

### 7.7 Modèle complet

En dernier lieu, le modèle complet inclut toutes les variables pour lesquelles nous avons observé des résultats significatifs dans les modèles précédents. Les  $\text{CHI}^2$  du modèle sont significatifs en vertu du test du  $\text{CHI}^2$  pour tous les pays. Nous observons pour les trois pays le plus haut Pseudo  $R^2$  par rapport aux modèles précédents.

Nous avons de nouveau cherché à savoir si certaines variables ne produisaient pas de variations importantes dans l'ajustement du modèle. Nous notons pour le revenu relatif que dans aucun pays les tests de vraisemblance nous montrent des résultats significatifs. Nous observons de nouveau qu'en Allemagne, l'éducation contribue significativement alors que la profession ne joue un rôle significatif qu'au Royaume-Uni. La situation économique perçue est statistiquement significative dans les trois pays. La variable état civil ne contribue significativement au modèle que dans le cas de la Suède. Le statut d'emploi améliore significativement le modèle dans les trois pays.

Les coefficients significatifs les plus importants dans le modèle se retrouvent aux variables *situation économique perçue* et *statut d'emploi*. Pour ce dernier, nous retrouvons, pour les trois pays, un coefficient significativement différent de la catégorie de référence pour la catégorie *pas d'emploi* (SU : 2.07 ; R.U. : 2.33 ; All. : 1.57). De nouveau, la probabilité de rapporter une mauvaise santé est plus élevée pour les individus sans emploi.

De nouveau, nous retenons qu'afin d'assurer le bien-être, la participation au marché est indispensable au Royaume-Uni. Pour ce qui est de l'état civil, de nouveau les

résultats ne sont pas conformes à ce que nous attendions. Pour les individus mariés, au Royaume-Uni et en Suède, nous observons une probabilité moindre de rapporter une mauvaise santé (R.-U. : 0.70 ; SU : 0.71) par rapport aux individus célibataires ; cela n'est pas le cas pour l'Allemagne.

Les trois rapports de cote de la variable *situation économique perçue* sont statistiquement significatifs. Nous n'observons pas de changement considérable par rapport au modèle précédent. Ceci est aussi le cas pour l'éducation et le prestige de profession. Nous observons de nouveau, uniquement pour l'Allemagne, une influence considérable d'un niveau d'éducation peu élevé. Le prestige de profession reste important en Suède et au Royaume-Uni pour la catégorie extrême, alors qu'en Allemagne le prestige ne présente pas de résultats significatifs.

Pour ce qui est du revenu relatif, les valeurs diminuent visiblement pour le Royaume-Uni et deviennent non significatives. De ce fait, nous pouvons anticiper que le rapport entre le statut d'emploi et la santé observé auparavant semble être partiellement un effet indirect du revenu, ce qui souligne de nouveau l'importance du revenu en tant que tel au Royaume-Uni.

## CONCLUSION

Ce travail consistait à examiner la relation entre les inégalités des revenus et la santé des populations dans une perspective de comparaison entre différents régimes providentiels, en tenant compte à la fois des approches psychosociales et néo-matérielles. Nous avons évoqué les possibles conséquences des régimes sur les mécanismes de base des deux approches. Sur cette base, nous avons formulé plusieurs hypothèses et les avons confrontées aux données du ESS pour l'Allemagne, la Suède et le Royaume-Uni.

La typologie des régimes providentiels a permis une théorisation et interprétation plus large de la relation des inégalités des revenus et de la santé des populations. Le revenu relatif constitue un déterminant important de la santé pour les trois pays. Nous observons que la société nationale semble un groupe de référence approprié afin de mesurer les capacités financières sur la base du revenu. Les groupes plus spécifiques (région et groupe d'âge) ne montrent pas de résultats plus marqués.

Pour ce qui est du revenu relatif, les résultats des modèles sont différents selon les pays. Conformément à ce que nous attendions, le fait d'être pauvre au Royaume-Uni, dans un régime libéral qui force les individus à faire des dépenses afin d'assurer le bien-être, montre une probabilité marquée de rapporter un mauvais état de santé, même lorsque l'on introduit la perception subjective de la situation économique (modèles 2 et 6). En Suède nous observons une probabilité moindre pour les pauvres (modèle 2), ce qui correspond vraisemblablement à une couverture sociale plus généreuse et universelle. L'Allemagne semble jouer un rôle intermédiaires Nous pouvons ainsi conclure que l'universalité des programmes sociaux en Suède réduit les inégalités

sociales de santé. Cependant, ces résultats ne permettent pas clairement de conclure quant à la mesure dans laquelle il s'agit de conséquences psychosociales reliées à la perception de la position occupée (approche psychosociale) ou bien de meilleures conditions néo-matérielles (approche néo-matérielle).

À ce sujet, nous avons observé que la perception subjective de la situation économique apparaît comme une composante importante du concept de la privation relative (modèles 3 et 6). Pour tous les modèles de régression, l'effet était significatif et les résultats ne se distinguaient pas selon les pays (modèle 3) ; si quelqu'un se perçoit défavorisé en Suède, ceci va avoir le même effet sur la santé que lorsque quelqu'un se perçoit comme étant privé au Royaume-Uni ou en Allemagne. Cet effet est largement le reflet de la privation relative objective dans le cas de l'Allemagne et du Royaume-Uni (modèle 6), c'est-à-dire que la privation relative subjective joue le rôle de variable médiatrice ; même si les résultats montrent l'importance de la dimension subjective, le revenu reste donc un déterminant majeur. Mais au Royaume-Uni, l'effet de la privation relative objective demeure significatif, un résultat qui correspond bien à nos attentes pour un pays de régime providentiel libéral.

Les résultats ne permettent pas de conclure, dans l'ensemble, que l'éducation ou la profession constituent un « objet alternatif » de perception d'une privation. Cela dit, nous observons en Allemagne un effet de l'éducation la plus faible sur la santé perçue et le prestige de profession a un effet persistant au Royaume Uni (en Suède, l'effet du prestige est annulé par celui du statut d'emploi). Pour ce qui est de la mobilité

intergénérationnelle nous n'avons pas des résultats clairs. Cette dernière n'est pas mesurée de façon assez précise pour révéler un effet sur la santé.

Nous retrouvons des résultats intéressants concernant le statut d'emploi. Dans la société la moins démarchandisée, le Royaume-Uni, il importe à la fois d'avoir un emploi et que celui-ci soit de bon niveau ; c'est seulement une fois ces deux facteurs contrôlés que le revenu relatif cesse d'exercer un effet sur la santé perçue. En Suède et en Allemagne au contraire, la démarchandisation plus marquée annule l'effet du niveau de prestige de l'emploi, seul comptant le statut d'emploi ; il demeure important, dans ces deux pays, d'avoir une activité professionnelle, quel que soit le niveau de prestige de celle-ci; cela dit, nous pensons que le coefficient plus faible dans le cas de l'Allemagne reflète la légitimité du statut de ménagère.

D'autres résultats surprenants concernent l'état civil. Les gens mariés ont une probabilité élevée de rapporter une bonne santé sauf, paradoxalement, en Allemagne (modèle 5). Cependant, nous avons anticipé qu'en Allemagne les droits sociaux sont attachés au fait d'être marié. Ces résultats soulignent que pour examiner l'effet de l'état civil plus précisément il est important de ne pas seulement se concentrer sur l'état civil légal étant donné que 11%<sup>23</sup> des couples vivent en union libre en Allemagne. Lorsque nous voulons examiner les ressources sociales attachés au mariage, il semble ici aussi nécessaire d'inclure des variables décrivant plus précisément les ressources sociales au niveau individuel. Ceci constitue une question intéressante de futures recherches.

---

<sup>23</sup> Statistisches Bundesamt, 2003

En somme, nos résultats nous permettent de bien camper les trois pays que nous avons étudiés quant aux inégalités sociales de santé et de comprendre les différences entre eux en fonction de leur appartenance à des régimes providentiels différents. Dans la Suède social-démocrate, caractérisée par des programmes sociaux universels et une politique active d'emploi, l'effet du revenu relatif objectif sur la santé –net de ceux de l'âge et du sexe– est quasi-inexistant ; mais cela n'empêche pas les individus qui ressentent leur situation économique comme difficile d'avoir une moins bonne santé perçue. Le fait d'avoir un travail importe pour la santé, quel que soit le niveau de prestige de cet emploi. Et enfin, le mariage a un effet prophylactique.

Dans le Royaume-Uni libéral, même le contrôle de la situation économique subjectivement perçue ne parvient pas à éliminer complètement l'effet du revenu relatif objectif sur la santé perçue ; les inégalités de situations, plus marquées que dans les deux autres pays, s'expriment ici directement, au-delà des perceptions des individus . Tout comme en Suède (et d'ailleurs en Allemagne), le fait d'avoir un emploi favorise la santé ; mais à cet effet s'ajoute un effet supplémentaire du prestige de la profession, qui vient englober l'effet du niveau de revenu. Le mariage y a aussi un effet prophylactique.

En Allemagne enfin, pays où les programmes sociaux sont d'une générosité et d'une sélectivité intermédiaires entre les deux autres pays, la situation économique perçue médiatise entièrement l'effet du revenu objectif. Fait d'exception, la privation que constitue un niveau très faible d'éducation a un effet net négatif sur la santé perçue. Le fait d'avoir un emploi exerce un effet protecteur, quel que soit le niveau de prestige

de celui-ci, alors que, contrairement aux deux autres pays, sur la base de nos résultats, le mariage n'en comporte pas.

Nos résultats montrent bien que les régimes providentiels, du moins tels que nos données sur trois pays européens permettent de les caractériser, exercent une influence importante sur les inégalités sociales de santé. En regard des facteurs néo-matériels, le Royaume-Uni libéral se distingue par la force et la persistance de l'effet du revenu relatif objectif sur la santé perçue et, en partie, par la prégnance du niveau prestige professionnel de l'emploi. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux, ils s'expriment fortement, dans les trois pays, dans la force de la relation entre la situation économique perçue et la santé. Mais on peut aussi en voir la trace dans les facteurs prophylactiques que constituent le fait d'avoir un emploi et d'être marié; ce dernier facteur ne joue pas dans le cas de l'Allemagne, probablement à cause de la relation complexe qu'entretient, dans ce pays, le statut social avec la situation professionnelle et la situation familiale. Toujours au plan psychosocial, soulignons qu'une certaine importance est attachée, en Allemagne à la privation d'éducation, et au Royaume-Uni au faible prestige professionnel; on peut vraisemblablement y voir la trace de systèmes culturels qui privilégient l'acquisition de capital culturel dans le premier de ces pays, le succès dans le marché du travail dans le second.

En somme, les inégalités sociales de santé se déclinent différemment entre ces pays, aux plans néo-matériel et psychosocial, d'une façon qui reflète l'appartenance de ceux-ci à des régimes providentiels différents.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adler et al., 2000: Relationship of subjective and objective Social Status with psychological and physiological Functioning: Preliminary Data in healthy white Women, *Health psychology*, vol. 19, no 6, p. 586-592.
- Arts, Wil, et John Gelissen, 2002: Three Worlds of Welfare Capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European Social Policy*, Vol 12 (2): p. 137–158.
- Backhaus, 2003: *Multivariate Analyseverfahren*. Berlin: Springer
- Böhnke, Petra et Jan Delhey, 1999 : Poverty in a multidimensional Perspective WZB Papier, accessible au: <http://www.wz-berlin.de>
- Bradburry et Jäntti Child Poverty across Industrialized Nations. Innocenti Occasional Paper ESP 71
- Cardano et al., 2004: Social Mobility and Health in the Turin longitudinal Study. *Social Science & Medicine* 58, p. 1563 – 1574
- Coburn, D., 2000: Income inequality, social Cohesion and the Health Status of Populations: the Role of neo-liberalism, *Social Science & Medicine* 51, p. 135-146
- Coburn, D., 2004: Beyond the Income Inequality Hypothesis: class, neo-liberalism, and Health Inequalities. *Social Science & Medicine* 58, p. 41-56
- Cox, D. R. and N. Wermuth, 1992: A Comment on the Coefficient of Determination for binary Responses. *American Statistician* 46, p. 1–4.
- Eibner et Evans 2001: Relative Deprivation, Poor Health Habits and Mortality, Workingpaper, Center for Health and Well-being Princeton University. accessible au: [www.wws.princeton.edu/~chw/papers/eibner\\_evans.pdf](http://www.wws.princeton.edu/~chw/papers/eibner_evans.pdf)

- Erikson, R., J.H. Goldthorpe, L. Portocarero, 1979: International Class Mobility in three Western European Countries: England, France, and Sweden. *British Journal of Sociology* 30, p. 415-451.
- Esping-Andersen, G. 1990: *The three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.
- Ganzeboom, H.B.G. and Treiman, D.J., 2003: Three Internationally Standardised Measures for Comparative Research on Occupational Status. p. 159-193 in: Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P./Wolf, C. (eds.): *Advances in Cross-National Comparison. A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Geyer S. et Peter R., 2000 : Income, Occupational Position, Qualification and Health Inequalities – Competing Risks ? (Comparing indicators of social status) *Journal of epidemiology and Community Health* 54 (2001), p. 299 – 305
- Gould, W., 2002: Can you explain Chow tests?. In *Stata FAQs*. Accesible au: [www.stata.com/support/faqs/](http://www.stata.com/support/faqs/). College Station, TX: Stata Corp LP.
- Gravelle, H., 1998: How much of the Relation between Population Mortality and unequal Distribution of Income is a statistical Artefact? Page 382-385 in *BMJ*, 316
- Hair, J. F. et al., 1995 : *Multivariate Data Analysis*. New York: Macmillan Publishing Company
- Inglehart, R., 1977: *The Silent Revolution: Changing Values and political Styles*. Princeton: Princeton University Press.

- Jaccard, J., 2001: Interaction Effects in Logistic Regression. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-135. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Jowell and the Central Co-ordinating Team, 2003: European Social Survey 2002/2003: Technical Report, London: Centre for Comparative Social Surveys, City University
- Judge, K. et Paterson, I., 2001: Poverty, Income Inequality and Health. Treasury working Paper 01/29
- Kairouz et Demers, 2003: Inégalités socio-économiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'Enquête sociale et de santé 1998
- Kawachi et al., 1997: Social Capital, Income inequality, and Mortality. American Journal of Public Health 89, p. 1491-1498
- Kawachi et al., 2002: A Glossary for Health Inequalities. J Epidemiol Community Health 56, p. 647-652
- Kawachi, I. et Berkman, L., 2000: Social Cohesion, Social Capital, and Health. Page 174-190 In Berkman et Kawachi: Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press
- Kennedy, P., 2003: A Guide to Econometrics. The MIT Press, Cambridge / Massachusetts
- Kohler, U. et Kreuter, F., 2001: Datenanalyse mit Stata: allgemeine Konzepte des Datenanalyse und ihre praktische Anwendung. München et Wien: Oldenbourg Verlag.
- Lippl, B. 1998: Justice Ideologies, Income Justice, and the Welfare State A Comparison of Justice Ideologies and the Perceived Justice of Income in the

United States, West Germany, and the Netherlands Paper presented at the 14th World Congress of Sociology (26/July-1/August 1998) in Montreal/Canada

- Lynch et al., 2004 : Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review, *Milbank Quarterly*, Volume 82, Number 1, 2004
- Lynch J.W., 2000a: Income Inequality and Health: expanding the Debate. *Social Science & Medicine* 51, p. 1001-1005
- Lynch, J.,W. et al., 2000b : Income Inequality and Mortality : Importance to Health of individual Income, psychosocial Environment, or material Conditions. *BMJ* 320, p. 1200-1204
- Mackenbach, Johann P., 2002: Income Inequality and Population Health. *BMJ* 324, p. 1-2
- Marmot et al., 1978: Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32, p. 244-249
- Marmot et Wilkinson, 2001: Psychosocial and material Pathways in the Relation between Income and Health: a Response to Lynch et al, *BMJ* 322, p. 1233 - 1236
- Mathieu, S., Bernard, P.: Droits, marchandisation et défamilialisation : une typologie des régimes de genre dans les sociétés post-industrielles, Communication au Colloque du RC19 de l' AIS, Toronto
- Menard, S., 1995: Applied Logistic Regression Analysis. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-106. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Nolte et McKee, 2004 : Changing Health Inequalities in east and west Germany since unification. *Social Science & Medicine* 58, p. 119 – 36

- Olsen, Gregg M., 2002: *The Politics of Welfare State: Canada, Sweden and the United States*. Oxford University Press.
- Pampel, F.C., 2000: *Logistic Regression: A Primer*. Sage University Papers Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-132. Thousands Oaks, CA: Sage
- Robert, S.A. et House, J.S., 1999: *Socioeconomic Inequalities in Health : Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research*, p. 115-135 in: Albrecht et al.: *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications
- Robert, S.A., 1999: *Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community Socioeconomic Context*. *Annual Review of Sociology* 25, p. 498-516
- Ross, N.A. et al., 2000 : *Relation between Income Inequality and Mortality in Canada and the United States: cross sectional Assessment using census Data and vital Statistics*. *BMJ* 320, p. 898-902
- Runciman, W.G. 1966: *Relative Deprivation and Social Justice*. London: Routledge and Kegan Paul
- Saint-Arnaud, S., Bernard, P., 2003 : *Convergence ou résilience ? Une analyse de classification hiérarchique des régimes providentiels des pays avancés*, 34 (2).
- Schmid, J., 2002 : *Wohlfahrtsstaaten im Vergleich*. Opladen: Leske & Budrich
- Siegrist, J., 1995 : *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Schwarzenberg
- Sribney, B., 1997 : *Why should I not do a likelihood-ratio test after an ML estimation (e.g., logit, probit) with clustering or pweights? In Stata FAQs*. Accesible au: [www.stata.com/support/faqs/](http://www.stata.com/support/faqs/). College Station, TX: Stata Corp LP.

- Statistisches Bundesamt, 2004: Leben und Arbeiten in Deutschland – Mikrozensus 203, Wiesbaden, , accessible au: <http://www.destatis.de>
- Townsend, P. 1979: Poverty in the United Kingdom. Harmondsworth / Middlesex / Berkeley.
- Townsend, P. et al. (1982). Inequalities in Health: The Black Report. Harmondsworth: Penguin Books.
- UCLA Stata Portal: How can I compare regression coefficients between two groups?. In Stata FAQs. Accesible au: <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/faq/>, UCLA Academic Technology Services.
- United Nations : Human Development Report 1999. Globalization with a Human Face. Oxford University Press, 1999
- United Nations: Human Development Report 2001. Making new Technologies work for Human Development. Oxford University Press, 2001
- Veenstra, G., 2001: Capital Social et santé. ISUMA Volume 2 N° 1
- Wilkinson R., 1999: Putting the Picture together: Prosperity, Redistribution, Health, and Welfare. Page 256-274 in: Marmot M. et Wilkinson R.: Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R. , 1996: Unhealthy Societies. London: Routledge
- Yngwe et al., 2001: The role of Income Differences in explaining Social Inequalities in self rated Health in Sweden and Britain? Journal of epidemiology and Community Health 55 (2001), p. 556 – 561
- Yngwe et al., 2003: Exploring Relative Deprivation: Is social Comparison a Mechanism in the Relation between Income and Health? Social Science & Medicine 57 (2003), p. 1463 – 473

## ANNEXE

- A / Résultats des régressions dans le logiciel Stata séparée pour les variables socioéconomiques

### Revenu relatif

-----

-> land = Germany

Iteration 0: log likelihood = -1964.8566  
 Iteration 1: log likelihood = -1764.7324  
 Iteration 2: log likelihood = -1762.9186  
 Iteration 3: log likelihood = -1762.9156

Logit estimates	Number of obs =	2897
	LR chi2(9) =	403.88
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -1762.9156	Pseudo R2 =	0.1028

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
sex2	1.137725	.0925139	1.59	0.113	.9701119 1.334297
alterdum2	1.710093	.2263219	4.05	0.000	1.319373 2.216521
alterdum3	4.020466	.5128259	10.91	0.000	3.131139 5.162385
alterdum4	9.855313	1.44567	15.60	0.000	7.392786 13.1381
reldumla1	2.379969	.4097357	5.04	0.000	1.698355 3.335142
reldumla2	2.33144	.3681058	5.36	0.000	1.710921 3.177009
reldumla3	1.396933	.1888901	2.47	0.013	1.071712 1.820845
reldumla4	1.303744	.1526291	2.27	0.023	1.036435 1.639994
reldumla6	1.306907	.1534308	2.28	0.023	1.038278 1.645037

-----

-> land = United Kingdom

Iteration 0: log likelihood = -1233.1417  
 Iteration 1: log likelihood = -1136.4904  
 Iteration 2: log likelihood = -1134.1043  
 Iteration 3: log likelihood = -1134.0986  
 Iteration 4: log likelihood = -1134.0986

Logit estimates	Number of obs =	2045
	LR chi2(9) =	198.09
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -1134.0986	Pseudo R2 =	0.0803

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex2	1.039025	.1078453	0.37	0.712	.8477653	1.273433
alterdum2	1.402594	.2613747	1.82	0.069	.9734417	2.020944
alterdum3	3.068507	.5381308	6.39	0.000	2.175956	4.327172
alterdum4	3.996127	.7200173	7.69	0.000	2.807184	5.688631
reldumla1	2.862627	.4616132	6.52	0.000	2.086912	3.926678
reldumla2	2.538542	.3836601	6.16	0.000	1.887725	3.413736
reldumla3	1.262177	.2807279	1.05	0.295	.8162062	1.951825
reldumla4	1.974846	.3548216	3.79	0.000	1.388665	2.808465
reldumla6	1.785906	.2982996	3.47	0.001	1.287308	2.47762

-> land = Sweden

Iteration 0: log likelihood = -1158.9488  
 Iteration 1: log likelihood = -1078.5582  
 Iteration 2: log likelihood = -1076.4153  
 Iteration 3: log likelihood = -1076.4133

Logit estimates	Number of obs =	1995
	LR chi2(9) =	165.07
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -1076.4133	Pseudo R2 =	0.0712

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex2	1.330858	.1419307	2.68	0.007	1.079827	1.640246
alterdum2	1.289164	.229271	1.43	0.153	.9097589	1.826795
alterdum3	2.727492	.4637427	5.90	0.000	1.954509	3.80618
alterdum4	4.865565	.8482331	9.08	0.000	3.457323	6.847414
reldumla1	1.541018	.4096315	1.63	0.104	.9152555	2.594616
reldumla2	1.789027	.3157356	3.30	0.001	1.265881	2.528371
reldumla3	2.186766	.3963768	4.32	0.000	1.532893	3.119554
reldumla4	1.409571	.1968402	2.46	0.014	1.072063	1.853332
reldumla6	1.10863	.2738697	0.42	0.676	.6831418	1.799131

Niveau d'éducation

-> land = Germany

Iteration 0: log likelihood = -1954.9407  
 Iteration 1: log likelihood = -1757.0094  
 Iteration 2: log likelihood = -1755.3784  
 Iteration 3: log likelihood = -1755.3759

Logit estimates	Number of obs =	2883
	LR chi2(7) =	399.13

Log likelihood = -1755.3759      Prob > chi2 = 0.0000  
Pseudo R2 = 0.1021

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex2	1.119848	.0914568	1.39	0.166	.9542061	1.314243
alterdum2	1.794999	.237974	4.41	0.000	1.384253	2.327626
alterdum3	3.740565	.4681345	10.54	0.000	2.926905	4.780416
alterdum4	7.896847	1.141793	14.29	0.000	5.948121	10.48402
edudum1	2.114303	.2482328	6.38	0.000	1.679695	2.661361
edudum2	1.427654	.1974593	2.57	0.010	1.088662	1.872203
edudum3	1.25148	.1504503	1.87	0.062	.988768	1.583995

-> land = United Kingdom

Iteration 0: log likelihood = -1226.4819  
Iteration 1: log likelihood = -1146.3363  
Iteration 2: log likelihood = -1144.7485  
Iteration 3: log likelihood = -1144.7468

Logit estimates      Number of obs = 2036  
LR chi2(7) = 163.47  
Prob > chi2 = 0.0000  
Log likelihood = -1144.7468      Pseudo R2 = 0.0666

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex2	1.150725	.1179578	1.37	0.171	.9412762	1.406779
alterdum2	1.234509	.2267034	1.15	0.251	.8613522	1.769325
alterdum3	2.390408	.4186392	4.98	0.000	1.695894	3.369345
alterdum4	3.356473	.6260467	6.49	0.000	2.328723	4.837808
edudum1	2.131195	.3298746	4.89	0.000	1.573515	2.886526
edudum2	1.311577	.1982905	1.79	0.073	.9752257	1.763935
edudum3	1.170279	.2045713	0.90	0.368	.8307961	1.648481

-> land = Sweden

Iteration 0: log likelihood = -1156.6963  
Iteration 1: log likelihood = -1082.0666  
Iteration 2: log likelihood = -1080.12  
Iteration 3: log likelihood = -1080.1188

Logit estimates      Number of obs = 1991  
LR chi2(7) = 153.16  
Prob > chi2 = 0.0000  
Log likelihood = -1080.1188      Pseudo R2 = 0.0662

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
----------	------------	-----------	---	------	----------------------	--

sex2	1.392348	.1478198	3.12	0.002	1.130783	1.714417	
alterdum2	1.337465	.2339853	1.66	0.096	.9492215	1.884506	
alterdum3	2.287022	.371265	5.10	0.000	1.663757	3.143769	
alterdum4	4.200532	.7718866	7.81	0.000	2.930138	6.021718	
edudum1	1.800313	.2900564	3.65	0.000	1.312826	2.468817	
edudum2	1.359787	.2064986	2.02	0.043	1.009733	1.831197	
edudum3	1.274294	.2274221	1.36	0.174	.898166	1.807935	

---

Prestige de profession

---

-> land = Germany

Iteration 0: log likelihood = -1750.7436  
Iteration 1: log likelihood = -1599.3835  
Iteration 2: log likelihood = -1598.5523  
Iteration 3: log likelihood = -1598.5519

Logit estimates	Number of obs =	2563
	LR chi2(7) =	304.38
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -1598.5519	Pseudo R2 =	0.0869

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
sex2	1.144076	.0982953	1.57	0.117	.9667687 1.353903
alterdum2	1.390485	.2117289	2.16	0.030	1.031701 1.874039
alterdum3	3.209534	.4729029	7.91	0.000	2.404491 4.284111
alterdum4	7.942488	1.3188	12.48	0.000	5.736143 10.99748
treidum1	1.820593	.2197844	4.96	0.000	1.436993 2.306594
treidum2	1.755862	.2127164	4.65	0.000	1.384747 2.226437
treidum3	1.367635	.1710422	2.50	0.012	1.070324 1.747531

---

-> land = United Kingdom

Iteration 0: log likelihood = -1187.8066  
Iteration 1: log likelihood = -1101.7996  
Iteration 2: log likelihood = -1099.7519  
Iteration 3: log likelihood = -1099.7476

Logit estimates	Number of obs =	1965
	LR chi2(7) =	176.12
	Prob > chi2 =	0.0000
Log likelihood = -1099.7476	Pseudo R2 =	0.0741

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
sex2	1.053629	.1107956	0.50	0.619	.8573901 1.294782
alterdum2	1.30521	.2507042	1.39	0.166	.8957399 1.901861
alterdum3	2.951369	.5301429	6.03	0.000	2.075513 4.196831
alterdum4	4.777135	.8770494	8.52	0.000	3.33344 6.846085

```

treidum1 | 2.620231 .3998598 6.31 0.000 1.942863 3.53376
treidum2 | 1.965462 .3131018 4.24 0.000 1.438357 2.685732
treidum3 | 1.816221 .2912753 3.72 0.000 1.326349 2.487022
-----

```

-> land = Sweden

```

Iteration 0: log likelihood = -1120.4013
Iteration 1: log likelihood = -1043.4866
Iteration 2: log likelihood = -1041.5689
Iteration 3: log likelihood = -1041.5673

```

```

Logit estimates                               Number of obs =   1923
                                                LR chi2(7)      =   157.67
                                                Prob > chi2    =   0.0000
Log likelihood = -1041.5673                   Pseudo R2      =   0.0704

```

```

-----
unhealth | Odds Ratio Std. Err.  z  P>|z|  [95% Conf. Interval]
-----+-----
sex2     | 1.256871   .13691   2.10 0.036   1.015243  1.556006
alterdum2 | 1.470026   .2698422 2.10 0.036   1.025831  2.106561
alterdum3 | 2.796693   .4785781 6.01 0.000   1.999791  3.911153
alterdum4 | 5.406644   .9770691 9.34 0.000   3.794039  7.704667
treidum1  | 2.023761   .3197627 4.46 0.000   1.484792  2.75837
treidum2  | 1.806951   .290141  3.68 0.000   1.319075  2.475274
treidum3  | 1.122281   .1823863 0.71 0.478   .8161491  1.543241
-----

```

- B / Résultats des régressions dans le logiciel Stata pour l'état civil sans le statut d'emploi pour l'Allemagne

```

logit unhealth sex2 alterdum2-alterdum4 maritdum2 maritdum3 if land==1,
or

```

```

Iteration 0: log likelihood = -.1962.0237
Iteration 1: log likelihood = -1783.5829
Iteration 2: log likelihood = -1782.4907
Iteration 3: log likelihood = -1782.4893

```

```

Logit estimates                               Number of obs
= 2893                                         LR chi2(6) =
359.07                                       Prob > chi2 =
0.0000                                       Pseudo R2 =
Log likelihood = -1782.4893
0.0915

```

```

-----
unhealth | Odds Ratio Std. Err.  z  P>|z|  [95% Conf.
Interval]
-----+-----

```

sex2	1.144357	.0935638	1.65	0.099	.9749137	1.343249
alterdum2	1.59627	.2436767	3.06	0.002	1.183497	2.153007
alterdum3	3.590952	.579605	7.92	0.000	2.617096	4.927192
alterdum4	8.84982	1.57904	12.22	0.000	6.238178	12.55484
maritdum2	.9442117	.1222431	-0.44	0.657	.7326016	1.216945
maritdum3	1.10687	.1731068	0.65	0.516	.8146565	1.503899

- C / Résultats des régressions dans le logiciel Stata pour l'Allemagne avec terme d'interaction pour marié

---

-> land = Germany

Iteration 0: log likelihood = -1960.0732  
 Iteration 1: log likelihood = -1762.9635  
 Iteration 2: log likelihood = -1761.2941  
 Iteration 3: log likelihood = -1761.2911

Logit estimates                      Number of obs =            2890  
    LR chi2(9)        =        397.56  
    Prob > chi2       =        0.0000  
 Log likelihood = -1761.2911        Pseudo R2        =        0.1014

---

unhealth	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
sex2	.1815504	.130187	1.39	0.163	-.0736113 .4367122
alterdum2	.6725544	.1587963	4.24	0.000	.3613194 .9837894
alterdum3	1.387982	.1656661	8.38	0.000	1.063283 1.712682
alterdum4	1.968446	.1840188	10.70	0.000	1.607776 2.329116
statemp2	-.0948149	.165974	-0.57	0.568	-.4201179 .2304882
statemp3	.5611543	.0964589	5.82	0.000	.3720985 .7502102
maritdum2	.0225917	.1547351	0.15	0.884	-.2806835 .3258669
mar_fem	-.1640929	.1689745	-0.97	0.331	-.4952768 .167091
maritdum3	.0706399	.1590691	0.44	0.657	-.2411298 .3824096
_cons	-1.746811	.1400247	-12.48	0.000	-2.021254 -1.472368

---

- D / Résultats des régressions dans le logiciel Stata avec la variable décrivant le fait de vivre en couple, indépendamment de l'état civil

---

-> land = Germany

Iteration 0: log likelihood = -1953.3391  
 Iteration 1: log likelihood = -1756.3916  
 Iteration 2: log likelihood = -1754.6943  
 Iteration 3: log likelihood = -1754.6914

```

Logit estimates          Number of obs   =      2880
                        LR chi2(7)         =      397.30
                        Prob > chi2        =      0.0000
Log likelihood = -1754.6914  Pseudo R2       =      0.1017

```

unhealth	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
sex2	1.099051	.0903068	1.15	0.250	.9355705	1.291099
alterdum2	2.083288	.2983694	5.12	0.000	1.573403	2.75841
alterdum3	4.315858	.5959284	10.59	0.000	3.292564	5.65718
alterdum4	7.792188	1.18934	13.45	0.000	5.77748	10.50946
statemp2	.9052152	.1500839	-0.60	0.548	.6540687	1.252796
statemp3	1.729062	.1668688	5.67	0.000	1.431076	2.089097
partner1	.8464048	.0792266	-1.78	0.075	.704535	1.016842

- E / Tableau récapitulatif des régressions logistiques pour les trois pays

Variables / Modèles	Suède (N : 1999)							Royaume-Uni (N : 2052)							Allemagne (N : 2919)							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
Sexe																						
Masculin	1.37**	1.24	1.32**	1.47***	1.31**	1.22	1.21	1.15	1.03	1.09	1.15	0.99	1.02	0.96	1.16	1.12	1.17	1.13	1.08	1.13	1.09	
Féminin																						
Groupes d'âge																						
15-29	1.24	1.43	1.29	1.65*	2.12***	1.42	2.11***	1.24	1.35	1.21	1.33	1.71**	1.24	1.47	1.57***	1.51**	1.57**	1.48*	1.94***	1.50*	1.51*	
30-44	2.31***	2.87***	2.71***	3.26***	4.33***	2.96***	4.72***	2.75***	2.83***	3.00***	3.02***	3.81***	2.87***	3.33***	3.54***	3.30***	3.84***	3.47***	4.00***	3.44***	3.21***	
45-64	5.05***	4.55***	5.60***	6.71***	5.34***	4.97***	5.21***	4.60***	3.59***	5.31***	4.77***	3.04***	4.11***	2.89***	8.95***	7.08***	10.0***	8.88***	7.21***	7.68***	5.64***	
65+																						
Revenu relatif																						
<40%	1.12					0.75	0.68	2.29***					1.50*	1.13	2.10***					1.42†	1.33	
40% - <60%	1.47*					1.01	0.91	2.00***					1.47*	1.11	1.94***					1.40†	1.32	
60% - <80%	1.89***					1.50*	1.39	1.07				0.90	0.90	0.90	1.20					0.99	0.95	
80% - <100%	1.23					1.02	0.98	1.67**				1.45*	1.32	1.32	1.11					1.00	0.97	
>100%																						
Non révélé	1.03					0.88	0.75	1.47*					1.35	1.19	1.19					1.08	1.03	
Niveau d'éducation																						
Peu élevé	1.24					1.29	1.30	1.22					1.19	1.18	1.69***					1.62***	1.48**	
Moyen	1.02					1.01	1.06	0.89					0.85	0.85	1.17					1.12	1.11	
Élevé	1.06					1.03	1.05	0.95					0.93	0.94	1.05					1.03	1.01	
Très élevé																						
Prestige de profession																						
Peu élevé	1.65**					1.53*	1.43	1.83***					1.78***	1.80***	1.26					1.19	1.19	
Moyen	1.52*					1.46*	1.38	1.51*				1.47*	1.44*	1.33*					1.25	1.25	1.25	
Élevé	1.54**					1.03	0.99	1.54**				1.57**	1.58**	1.15					1.13	1.13	1.13	
Très élevé																						
Situation écon. perçue																						
Confortable																						
Suffisant																						
Difficile																						
Très difficile																						
Mobilité desc. (Père)																						
mobilité ascendante																						
légère mobilité asc.																						
pas de mobilité																						
mobilité descendante																						
Mobilité desc. (Mère)																						
mobilité ascendante																						
légère mobilité asc.																						
pas de mobilité																						
mobilité descendante																						
Statut d'emploi																						
Employé																						
Travailleur autonome																						
Pas d'emploi																						
État civil																						
Célibataire																						
Marié																						
Séparé/Divorcé/ Veuf																						
Pseudo R²	0.0605	0.0773	0.0827	0.0760	0.0788	0.0920	0.1053	0.0548	0.0909	0.0912	0.0606	0.0934	0.1110	0.1289	0.0910	0.1020	0.1136	0.0983	0.1012	0.1118	0.1167	