

Rapport sur l'influence des revenus de base sur la santé et sur les iniquités de santé

Dani Myriam Tardif, M.A., auxiliaire de recherche
Geneviève McCready, Ph.D., professeure au Département des sciences de la santé, UQAR

Introduction

Dans les dernières années, plusieurs pays ont remis sur la table de discussion l'importance d'un revenu de base. Plus récemment, des chercheurs dans le domaine de la santé publique ont élevé leurs voix (Johnson & Johnson, 2019, Ruckert et al., 2018) pour parler de l'importance de créer un revenu de base qui mettrait de l'avant des enjeux de santé populationnelle. Leurs arguments deviennent d'autant plus importants dans un contexte de crise sanitaire mondiale affectant de manière disproportionnée les plus vulnérables de notre société. De plus, la crise économique internationale sans précédent engendrée par la pandémie de la COVID-19 représente un moment de remise en question à propos de ce qui est considéré comme un travail ou une contribution utile pour la société.

Financée par le *Collectif de recherche sur la santé en régions* (CoRSeR), le présent rapport décrit les résultats d'une recension d'écrits sur les bienfaits et méfaits de différents types de revenus de base sur la santé et les iniquités de santé. L'objectif est de fournir des données scientifiques aux membres de l'Alliance pour le revenu de base des régions est (ARBRE) afin d'appuyer leurs démarches politiques visant l'implantation d'un revenu de base dans l'est de la province du Québec.

Les questions de recherche ayant guidé cette recension sont les suivantes :

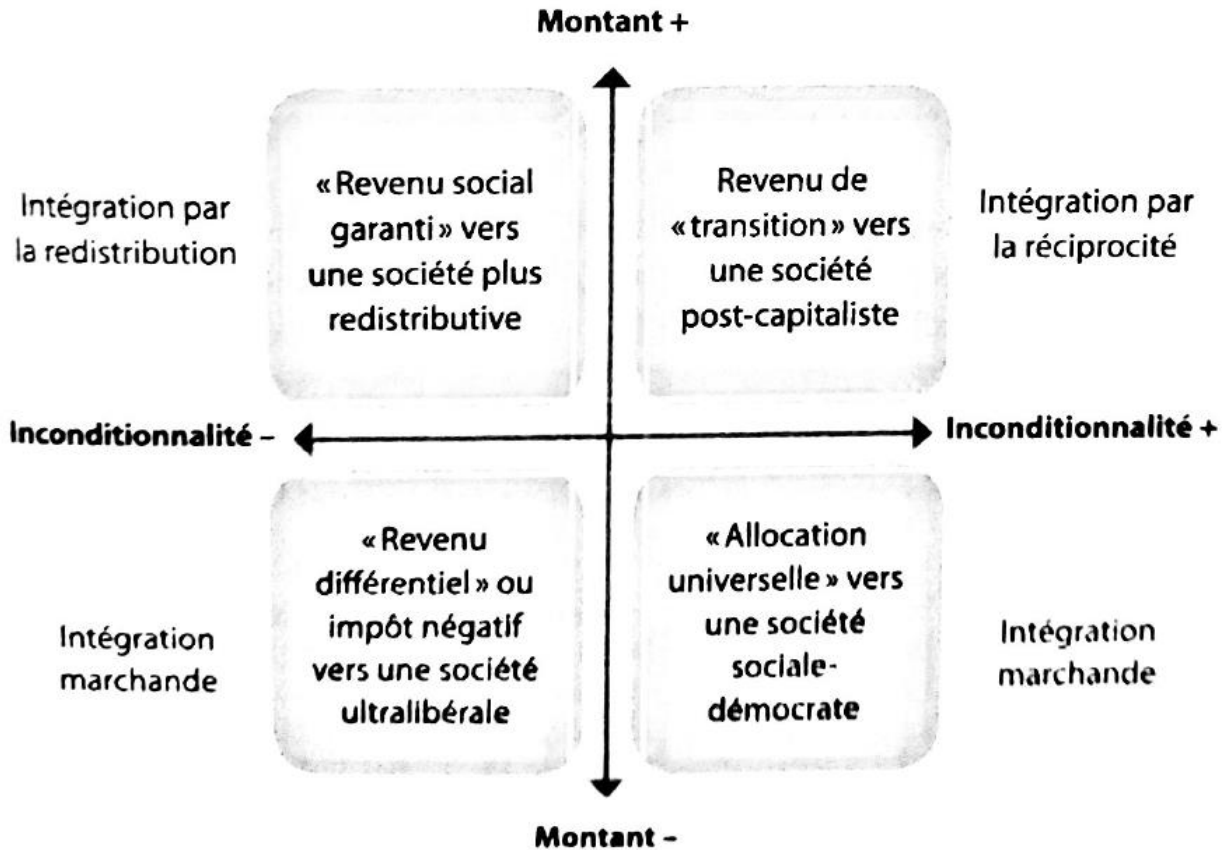
1. Quelles sont les bienfaits/méfaits rapportés dans les études de revenus de base similaires à celui proposé par l'ARBRE sur la santé des personnes et communautés?
2. Quelles sont les bienfaits/méfaits rapportés dans les études de revenus de base similaires à celui proposé par l'ARBRE sur les iniquités sociales de santé?
3. Quelles sont les hypothèses relatives aux bienfaits/méfaits d'un revenu de base tel que celui proposé par l'ARBRE sur la réduction des iniquités de santé en contexte de pandémie COVID?

Cette recension d'écrits est basée sur deux types de sources scientifiques : 1-des études empiriques portant sur des essais de revenu de base dans des pays à revenu élevé et; 2-des articles scientifiques analysant ces résultats pour en faire des prédictions sur l'impact que pourrait avoir le revenu de base sur la santé des populations. Notre méthodologie, ainsi que les limites des études sélectionnées, sont décrites à la fin du rapport.

Typologie du revenu de base

Nous nous sommes basés sur la typologie d'Ambre Fourrier (2019) afin de répertorier les bienfaits et méfaits des différents revenus de base sur la santé. Celle-ci catégorise les revenus de base selon deux axes: l'axe de la suffisance du montant pour subvenir à ses besoins de base (suffisant et insuffisant) et l'axe de la conditionnalité des programmes (inconditionnel et conditionnel). Cette typologie donne lieu à 4 types de revenus de base:

Schéma 1 : Typologie de revenus de base selon Ambre Fourrier (2019, p.41)



Pour notre recherche, nous avons répertorié les bienfaits et méfaits des revenus de base sur la santé selon le type de revenu de base et en les divisant par expérimentations réalisées. Parce que les variables des expérimentations diffèrent (ex. : pays, caractéristiques des bénéficiaires), il est difficile de comparer les résultats des études entre eux. Cependant, les données recueillies présentent un portrait pertinent de l'influence potentielle sur la santé des différents revenus de base.

Résultats

Tableau 1 : Influences sur la santé des revenus de base selon les types de revenus de base et les expérimentations réalisées
(études empiriques avec groupes contrôles¹)

Légende :

Bienfaits du revenu de base sur la santé

Bienfaits du revenu de base sur les déterminants sociaux de la santé

Méfaisants du revenu de base sur la santé

REVENU SOCIAL GARANTI (Montant suffisant + Conditionnalité)	
Aucune expérimentation recensée	
REVENU DE TRANSITION (Montant suffisant + Inconditionnalité)	
Aucune expérimentation recensée	
REVENU DIFFÉRENTIEL/IMPÔT NÉGATIF (Montant insuffisant + Conditionnalité)	
<p><i>Ontario Basic Income Pilot Project²</i></p> <p><i>Date de début : 2018</i></p> <p><i>Durée prévue : 3 ans</i></p> <p><i>Durée réalisée : 1 an</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la perception de l'état général de santé physique et mentale³. • ↓ fréquence de sensations de douleur • ↑ activité physique et ↓ de la sensation de fatigue • ↓ ou arrêt de la consommation de tabac ou d'alcool • Amélioration de la santé physique (digestive, buccale) et mentale • ↓ stress et fréquence de sentiments de dépression et de colère • ↑ accès à un logement sécuritaire et stable • Amélioration des perspectives de vie et de confiance générale • Accès à une alimentation de qualité • ↑ capacité de payer pour des soins de santé dentaire ou de la thérapie psychologique • Amélioration des relations, ↑ fréquence de socialisation, des loisirs, du temps en famille

¹ Un groupe contrôle est un groupe de personnes qui n'ont pas bénéficié de l'intervention (ici un revenu de base). Comparer les bienfaits et méfaits d'un revenu de base sur la santé entre un groupe-intervention et un groupe-contrôle permet d'isoler l'effet réel de l'intervention étudiée.

² Dans cette étude, les influences sur la santé observées étaient encore plus importantes chez les bénéficiaires travaillant de manière continue avant, pendant et après le projet. L'étude démontre que les travailleurs qui reçoivent un revenu de base sont encore plus motivés à réussir et à atteindre leurs objectifs personnels. Plusieurs ont pu retourner à l'école et augmenter leurs perspectives d'emplois. D'autres ont pu quitter des emplois insatisfaisants pour trouver des emplois avec de meilleurs salaires ou de meilleures conditions de travail.

³ Pour la santé physique: amélioration de 87% chez les répondants avec emploi et 57,78% chez les sans emploi. Pour la santé mentale : amélioration de 86% chez les répondants avec emploi et 67% chez les sans emploi.

	<ul style="list-style-type: none"> et du bénévolat • Capacité à planifier le futur et de payer des dettes •
<p><i>Stockon, California</i></p> <p><i>Date de début : 2019</i></p> <p><i>Durée: 2 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ bien-être émotionnel • ↓ anxiété et dépression
<p><i>Mincome, Manitoba</i></p> <p><i>Date de début : 1975</i></p> <p><i>Durée: 3 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ durée de fréquentation de l'école secondaire et ↓ absentéisme scolaire; • ↓ nombre et de la durée des hospitalisations; • ↓ diagnostics de problèmes de santé mentale, des accidents et des blessures⁴ • Amélioration de la santé générale, physique et mentale
<p><i>New Jersey-Pennsylvania</i></p> <p><i>Date de début: 1968</i></p> <p><i>Durée: 3 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ taux de diplomation de l'école secondaire • ↑ dépenses pour les soins de santé pour ceux qui n'ont pas d'assurances
<p><i>Gary Income Maintenance Experiment, Indiana</i></p> <p><i>Date de début: 1971</i></p> <p><i>Durée: 3 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ poids à la naissance • Plusieurs récipiendaires ont déménagé vers des quartiers ayant de meilleures conditions de logements et des attributs favorables à la santé
<p><i>Finnish trial</i></p> <p><i>Date de début: 2017</i></p> <p><i>Durée: 2 ans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ stress • ↑ perception subjective du bien-être (moins de tristesse, épuisement mental, dépression et isolation)
<p><i>US case of Tribal Casino Cash Transfers (such as the Great Smoky Mountains Study)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ taux des troubles psychiatriques et de dépendances pour les enfants de la communauté par rapport aux enfants non autochtones. Effets qui perdurent jusqu'à l'âge adulte. • ↑ risque d'accident mortel a doublé dans le mois suite au paiement bi-annuel.

⁴ Selon une analyse de l'Institut de recherche et d'information socioéconomique (Rhazi, 2021), l'hypothèse serait que le programme aurait amélioré le pouvoir de négociation des employé-e-s, ou du moins diminué leur tolérance à un milieu de travail dangereux ou toxique.

<i>Durée: varie selon les régions, continue depuis une vingtaine d'année</i>	
ALLOCATION UNIVERSELLE (Montant insuffisant + Inconditionnalité)	
<i>Alaska Permanent Fund Dividend</i> <i>En cours depuis 1982</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ↓ taux de pauvreté chez les populations autochtones de l'Alaska⁵ • ↑ épargne en Alaska. • Meilleur poids des bébés à la naissance • ↓ obésité infantile • ↓ taux de salaire s'expliquant par une hausse du taux de chômage consécutive à l'arrivée de nouveaux demandeurs d'emplois attirés par l'allocation
MODÈLE DE TYPOLOGIES HYBRIDES (4 types : conditionnel et inconditionnel, bénéfiques sociaux limités et illimités)	
<i>Mincome- B Barcelone⁶</i> <i>Date de début : 2017</i> <i>Durée: 2 ans</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ bien-être • ↓ risque de trouble mental⁷ • Amélioration de la qualité du sommeil⁸ • ↑ niveaux d'estime de soi et de confiance en soi. Par exemple, l'étude dénote une augmentation du coefficient de se sentir capable de prendre des décisions pour soi. • ↑ espoir dans le futur • ↑ satisfaction face à la vie⁹. Corrélation entre les conditions de vie matérielle et les indices de satisfaction de vie. Il y a une forte corrélation entre le revenu, les conditions matérielles et la satisfaction envers la vie. • ↓ niveau de stress associé à la condition économique. Certains participants ont rapporté

⁵ Réduction de 25 % en 1980 à 19 % en 1990

⁶ Cette expérimentation a eu lieu à Barcelone (Espagne). Pendant 24 mois, 1000 foyers choisis au hasard dans les quartiers les plus pauvres ont reçu un transfert d'argent mensuel d'un maximum de 1675 euros par mois. Parmi ceux-ci, 450 foyers recevaient un montant inconditionnel, et 550 foyers recevaient un montant conditionnel à la participation à des politiques d'insertions sociales (4 modalités de participation différentes étaient étudiées). Les participants à l'intervention ont donc été attribués dans 10 groupes différents. L'intention du projet est de pouvoir comparer les groupes entre eux et avec le groupe contrôle et évaluer quelle forme de transfert d'argent est la plus efficace en termes de résultats sur la santé et économiquement. Les résultats de l'essai randomisé sont combinés à ceux d'une analyse ethnographique réalisée avant le projet dans les quartiers de l'étude ainsi que d'entrevues qualitatives et la réalisation de vidéos. Par contre, les publications rapportent seulement des résultats préliminaires, ne spécifiant donc pas la corrélation entre les résultats sur la santé et les différents modèles de revenu de base expérimentés.

⁷ Réduction de 9,8%. Cependant, aucune différence en ce qui a trait aux nouveaux diagnostics d'anxiété ou de dépression, ainsi que sur l'auto-perception de la santé mentale.

⁸ Amélioration de 6,6%

⁹ Augmentation de 27%

que les changements dans leurs revenus ont généré du stress et de l'incertitude. Pour d'autres, l'insécurité financière et leur situation de logement n'ont pas changé, principalement en raison des dettes et circonstances d'avant leur participation à l'intervention.

- Amélioration de la qualité de vie
- ↓ insécurité alimentaire¹⁰
- ↓ sentiment d'incertitude financière
- ↓ de l'indice de défavorisation matérielle sévère¹¹

Note à propos des mécanismes de production de la santé des revenus de base :

Les auteurs rapportent que d'après les résultats préliminaires, le modèle conditionnel (à la participation active) semble donner des résultats encore plus marqués. L'hypothèse est que la participation active renforce les relations sociales, la cohésion de groupe et contribue au développement de la confiance en ses capacités individuelles et collectives. Dans l'étude qualitative, les participants ont rapporté que les bénéfices les plus marqués étaient l'acquisition de connaissances et d'habiletés utiles pour le marché du travail, l'accès à des expériences culturelles et formatrices et le développement de nouvelles relations, en particulier auprès des personnes d'autres origines. Bien que les mesures de participation active génèrent parfois autant de bénéfices que la mesure de revenu, il est à noter qu'un revenu suffisant est une condition à la participation sociale.

¹⁰ Réduction de 18% quant à l'inquiétude de ne pas avoir assez de nourriture

¹¹ Réduction de 8%

Tableau 2: Influences sur la santé des revenus de base selon les études sans groupe contrôlé

MODÈLES SPÉCULATIFS BASÉS SUR DES ÉTUDES EMPIRIQUES	
<i>Johnson, Degerman, et Geyer, 2019</i>	Le revenu de base peut avoir une importante contribution de santé publique, notamment pour les personnes les plus appauvries, mais cela dépendra de plusieurs autres facteurs sociaux, économiques et institutionnels et aura des effets variables selon les différents sous-groupes du précaire ¹² .
<i>Chen et Quiñonez, 2018</i>	Les inégalités économiques et le stress ont un impact sur la santé orale des personnes, par le biais de leurs comportements. D'après les études empiriques, en agissant sur des déterminants tels que l'éducation et la capacité de dépense pour les soins de santé et la nutrition, il est plausible que la santé orale se trouvera améliorée. Par exemple, une diminution des heures de travail pourrait augmenter le temps disponible pour recevoir des soins dentaires, ou pour permettre aux parents d'amener leurs enfants à recevoir des soins dentaires, surtout les parents monoparentaux.
MODÈLES PRÉDICTIONNELS (non-empirique)	
<i>Richardson, 2020¹³</i>	<ul style="list-style-type: none"> - ↓ nombre d'années de vie perdues¹⁴ - ↓ inégalités dans le nombre d'années de vie perdues¹⁵ - ↓ revenus des personnes résidant dans les quartiers les plus favorisés.

¹² Le précaire est composé de groupes distincts ayant des besoins de santé et des barrières qu'aucune politique de santé publique à elle seule pourrait résoudre. Cette ÉTUDE évalue l'impact sur la santé et sur les inégalités de santé de 12 types de politiques publiques de transfert d'argent, dont deux types de "Citizen's basic income (CBI)" en les modélisant pour la période 2017-2021. Un type de revenu de base est dit "régulier", et le second est un "bonifié" ; c'est-à-dire qu'il incorpore des revenus supplémentaires pour les personnes avec des besoins spéciaux. Cette étude définit le revenu de base comme un montant universel, pour tout le monde, indépendamment du besoin, mais insuffisant (équivalent environ aux autres bénéfices sociaux) entre 67 et 155 livres par semaine

¹³ Modèle fait à partir de données descriptives, statistiques populationnelles, prévisions statistiques.)

¹⁴ Quoique de manière modeste : réduction de 0-7% pour le régulier et 1-4% pour le bonifié

¹⁵ Réduction de 3-7% pour le régulier et 5-9% pour le bonifié

Vers un modèle de revenu de base générateur de santé populationnelle

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Haagh et Rohregger, 2019) met de l'avant l'importance de penser au revenu de base en priorisant dans son développement les enjeux de santé publique. Au lieu d'être des effets secondaires des programmes de revenus de base, elle argumente que la santé devrait être l'objectif principal des politiques de revenu de base. Une revue systématique (Sicar et Friedman, 2018)¹⁶ évaluant les impacts sur la santé de différents modèles de revenus visant la promotion de la sécurité financière montre que le revenu de base universel était le modèle qui pourrait donner le plus de résultats sur la santé. En effet, c'est en atteignant toutes les personnes qui pourraient en bénéficier et en octroyant la plus grande sécurité financière qu'il devient possible de créer l'impact le plus significatif sur la santé publique en une génération ou deux. Cependant, les auteurs argumentent que s'il fallait couper dans des programmes sociaux pour financer le revenu de base universel, cela risquerait de nuire aux personnes les plus vulnérables. Le revenu de base universel aiderait à renforcer la santé publique en diminuant les problèmes de santé mentale, tout en agissant de manière préventive et en atténuant les problèmes socioéconomiques, ceci sans stigmatiser les bénéficiaires (Giúdice 2020).

Une étude très récente de chercheurs anglais en sciences politiques (Johnson et al., 2020b) présente un revenu de base modélisé avec comme première intention de promouvoir la santé. Ce modèle, construit à partir d'études de projets déjà réalisés, propose les mécanismes par lesquels un revenu de base produirait des effets sur la santé. Les trois principaux mécanismes sont (voir annexe A):

- Par la satisfaction des besoins matériels des gens
- Par les changements de comportements reliés à la santé
- Par la réduction du stress

Ces trois résultats mécanismes observables au niveau individuel sont possibles grâce aux actions sur les déterminants sociaux de la santé que sont la réduction de la pauvreté et la sécurité du revenu, réduisant ainsi les inégalités sociales. Recevoir un revenu de manière régulière met fin au cercle vicieux de la pauvreté. Le montant monétaire permet de subvenir aux besoins de base et éviter la précarité matérielle (alimentation, logement, biens essentiels). Lorsque les personnes reçoivent un revenu décent et ce, de manière prévisible et régulière (donc une garantie de revenu), cela leur permet d'éviter une forme de stress chronique très néfaste pour la santé psychologique ainsi qu'éviter la stigmatisation et l'exclusion sociales. Selon Gupta, Jacob et Bansal (2021), un revenu de base universel aurait probablement une influence importante préventive sur la diminution des stressseurs psychosociaux, ce qui contribuerait à l'amélioration et au maintien d'une bonne santé physique et émotionnelle. En assurant une sécurité et prévisibilité dans cette source de revenu, il devient possible pour les personnes de s'engager dans des démarches pour prendre soin de leur santé, transformant ainsi leurs comportements. Les auteurs soutiennent que ce type de revenu de base s'effectue à coût nul pour la société puisque

¹⁶ Cette revue systématique était basée sur des études empiriques et des modèles prédictifs. Les revenus étaient catégorisés en trois types: 1- le revenu de base universel; 2- les transferts d'argent conditionnel et; 3- les transferts d'argent inconditionnels (incluant le revenu supplémentaire garanti, l'impôt négatif et l'allocation universelle)

l'amélioration de la santé populationnelle génère une réduction des dépenses publiques (par la réduction des coûts en santé, l'investissement des personnes dans les soins aux membres de leur famille et par une réduction de la criminalité) et un investissement dans la génération de taxes (par une augmentation du niveau de scolarité des personnes, davantage d'entrepreneuriat et une amélioration de la productivité au travail).

Les bénéfices d'un revenu de base générateur de santé populationnelle en temps de pandémie

La pandémie de la COVID-19 exacerbe les iniquités sociales de santé (Douglas et al., 2020; Nassif-Pires et al., 2020). Or, en temps de pandémie, les taux de mortalité et de morbidité sont augmentés à la fois par les effets directs de la COVID-19 et les effets indirects causés par les mesures de confinement (Douglas et al., 2020). Ces effets indirects de la COVID-19 apparaîtront des mois, voire des années plus tard. Douglas et collègues (2020) rapportent plusieurs mécanismes de production d'effets indirects, dont le stress et l'ennui, la perte d'emploi, la perte de revenus, la difficulté de répondre aux besoins matériels et de base, des coûts additionnels liés au confinement à domicile, une surexposition aux violences domestiques, l'isolement social et des comportements de santé néfastes (troubles sociaux, sédentarité) (voir annexe B). Tous ces effets peuvent être réduits par la création d'un revenu de base conçu pour générer la santé. Ainsi, la capacité de résilience d'une société pourra être améliorée en donnant l'opportunité aux citoyens de vivre dans des conditions leur permettant à la fois de se prémunir contre la maladie transmissible et d'atténuer les conséquences néfastes des mesures de confinement.

L'OMS fait remarquer l'importance de considérer dans les coûts d'implantation d'une mesure de revenu de base, un comparatif avec les coûts de l'inaction (Haagh et Rohregger, 2019). Aussi, il est nécessaire de renforcer à la fois les services universels de base et la sécurité de revenu, à défaut de quoi les iniquités sociales et des dépenses dans les programmes sociaux actuels continueront d'augmenter. Dans le contexte où les pandémies font partie de l'avenir des sociétés, ce comparatif est essentiel à la prise de décision politique éclairée.

Les conditions pour récolter les bénéfices d'un revenu de base pour la santé populationnelle

Afin qu'un revenu de base puisse générer les résultats escomptés en termes de santé populationnelle, les auteurs s'entendent sur des conditions qui doivent être respectées.

Premièrement, **le revenu doit être octroyé de manière inconditionnelle** (Johnson et al., 2020b; Haagh et Rohregger 2019). Les conditions d'admissibilité à un revenu de base isolent les personnes non-admissibles dans des dynamiques de stigmatisation et d'exclusion sociales, engendrant des méfaits pour la santé. De plus, des conditions d'accès liés à une situation d'invalidité découragent les bénéficiaires dans leurs efforts d'amélioration de la santé puisqu'ils risquent de se voir privés d'une sécurité de revenu advenant que leur santé s'améliore. Ruckert et al. (2018) mentionnent également l'importance de l'inconditionnalité afin de promouvoir la solidarité sociale et le sentiment de sécurité sociale.

Deuxièmement, **le montant doit être versé régulièrement plutôt que de manière ponctuelle** (Johnson et al., 2020b). Tel que démontré par l'étude sur le fonds en Alaska, un montant ponctuel peut entraîner des comportements néfastes pour la santé. Seuls les versements réguliers peuvent entraîner les bénéfices pour la santé associés à la prévisibilité de la source de revenu. Parmi les modalités de versement figure également celle d'être versé à des individus (en incluant un supplément pour les enfants) (Ruckert et al., 2018).

Troisièmement, **le montant du paiement doit être au-dessus du seuil de pauvreté** (Johnson et al., 2020b). Il va de soit que les personnes ne peuvent émerger de la pauvreté – et des risques pour leur santé – si le montant alloué est insuffisant pour subvenir à leurs besoins essentiels. De plus, afin de participer davantage à l'économie sociétale, le montant doit être supérieur à ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins de base. L'objectif d'un revenu de base à coût nul est perdu si le montant alloué est trop bas pour permettre aux bénéficiaires de participer à l'économie. L'OMS (Haagh et Rohregger, 2019) met en garde contre les effets iatrogènes d'un revenu de base dont le montant serait insuffisant pour se sortir de la pauvreté. Selon Johnson et Johnson (2019), le plus grand impact des programmes de revenu de base pourrait être la gestion de l'épidémie du stress. En effet, les auteurs rapportent les données du *Health and Safety Executive* du Royaume-Uni pour démontrer que 44% de tous les cas de maladies et 57% de tous les jours de travail perdus dû à la maladie sont attribuables au stress (Johnson et al., 2019). Les auteurs affirment qu'un revenu de base suffisant pour subvenir aux besoins de base donnerait l'opportunité aux personnes de résister ou de quitter des situations de domination (par exemple à l'emploi), et ainsi se libérer du stress. D'autres (Johnson et al., 2019) font une mise en garde : si le revenu de base était insuffisamment financé, cela pourrait contribuer à la marchandisation et à la privatisation des systèmes de santé publique et augmenter les enjeux de santé des groupes marginalisés.

Quatrièmement, **le gouvernement doit maintenir les autres programmes permettant d'ajuster les revenus en fonction des conditions sociales des gens** (Camporesi et Tena, 2018; Haagh et Rohregger 2019; Johnson et al., 2020b; Ruckert et al., 2018; Sicar et Friedman, 2018). Camporesi et collègues (2018) argumentent que pour être réellement efficaces envers les problèmes de santé mentale, les programmes de revenu de base universel doivent être accompagnés d'autres programmes pour améliorer les systèmes de santé publique, en mettant la vie et les soins de santé au centre de l'action politique. Richardson (2020) conclue que, selon leur modèle, « (...) les politiques publiques les plus efficaces pour réduire les inégalités de santé seraient celles qui augmentent d'une façon disproportionnée les revenus des quartiers les plus défavorisés » (traduction libre, p.150). Ces constats correspondent à la conclusion du Bureau régional de l'Europe de l'OMS (Haagh et Rohregger, 2019) qui place le meilleur modèle de revenu de base dans les initiatives d'universalisme proportionné, c'est-à-dire une mesure universelle où tous les citoyens sont bénéficiaires combinée à des mesures complémentaires ciblées pour les groupes de populations ayant des besoins plus importants. Selon Ruckert et collègues (2018), il est crucial qu'une politique de revenu de base soit accompagnée par d'autres politiques visant la redistribution des revenus et de la richesse. Ces auteurs soutiennent que pour assurer l'équité en santé, il faut éviter le démantèlement des autres politiques de l'état-providence (en santé, en éducation, dans les normes du travail ou dans les transports). Ils soutiennent que « l'unique transformation du bien-être public en revenus alloués à des individus sape la capacité de « nivellement » du revenu de base universel à augmenter les revenus des ménages à faible revenu proportionnellement plus que ceux des ménages plus riches »

(traduction libre, p.5). Le démantèlement d'autres politiques sociales existantes pourrait ainsi conduire à l'accroissement des iniquités sociales. Tel que démontré par des experts en épidémiologie sociale (Wilkinson et Pickett, 2013), c'est l'inégalité entre les groupes de population qui est dommageable, et non pas uniquement la défavorisation, d'où l'importance cruciale des interventions d'universalisme proportionné.

Cinquièmement, le programme de revenu de base **doit être implanté sur une durée qui dépasse les cycles électoraux** (Haagh et Rohregger, 2019; Johnson et al., 2020b), être déployé à **échelle suffisamment grande** (Gibson et al., 2020), et ses effets étudiés par une **équipe interdisciplinaire** afin d'observer les facteurs connus qui produisent le gradient social de santé (Johnson et al., 2019). Puisque nombre d'indicateurs de promotion de la santé sont observables sur plusieurs années, voire des générations, les potentiels des bénéfices d'un revenu de base sur la santé et les iniquités de santé sont difficilement mesurables lors d'expérimentations de courte durée.

Conclusion

Suite à notre recension d'écrits, nous pouvons conclure que la plupart des formes de revenu de base ont un impact marqué sur la santé et sur les iniquités de santé. Notamment, les différentes études empiriques rapportent des influences sur les comportements de santé des personnes, leur perception de santé physique et mentale, plusieurs déterminants sociaux de la santé (situation socio-économique, scolarisation, sécurité alimentaire, emploi, relations sociales, logement, etc.) et les parcours de vie. De plus, nous pouvons dire avec conviction que si les projets de revenus de base étaient pensés en ayant pour objectif premier la promotion de la santé, leur influence sur la santé et le bien-être ainsi que sur les iniquités de santé serait d'autant plus grande. Plusieurs auteurs mentionnent les bienfaits potentiels d'un revenu de base modélisé en prenant compte de la santé publique, notamment une diminution des années de vie perdues, une réduction des inégalités dans les années de vie perdues, une diminution des obstacles à l'accès aux soins de santé, une amélioration de la santé orale et une diminution des stressors psychosociaux. Tous ces bénéfices conduisent à une meilleure santé populationnelle, générant ainsi une participation plus grande à la société et l'économie.

Évidemment, plusieurs conditions d'implantation d'un revenu de base doivent être respectées afin d'obtenir ces bénéfices. Émettre des conditions à l'accès au revenu de base pourrait influencer négativement la santé des plus vulnérables, entraînant un accroissement des iniquités sociales de santé. Seuls un montant de revenu de base dépassant le seuil de pauvreté, alloué de manière inconditionnelle, des versements fréquents, le maintien des programmes publics et sociaux de l'État ainsi que l'implantation d'un revenu de base viable à long terme permettraient de récolter les bienfaits de cette mesure pour la santé, l'équité en santé, la participation sociale et l'économie.

Méthodologie

Pour des raisons de faisabilité en fonction des ressources disponibles, la méthode de recension d'écrits de « rapid review » (Dobbins, 2018) a été privilégiée. Nous avons procédé à une recherche par mots-clés dans 11 bases de données¹⁷. Nous avons identifié les mots-clés suite à un plan de concept et avons choisi d'inclure : “revenu de base” et ses synonymes, “santé” et “impacts ou inégalités de santé”. Nous nous sommes concentrés sur les articles ayant été publiés dans les 20 dernières années, et ce en français, en anglais et en espagnol. Nous avons retenu les études basées dans des pays à revenus élevés (The World Bank, 2021) et avons priorisé les études basées sur des essais empiriques. Nous avons choisi d'inclure dans notre rapport les études qui se concentraient spécifiquement sur la santé et les impacts de santé. Dans ce rapport, nous avons choisi de considérer 16 articles scientifiques et rapports qui discutent de dix projets de revenus de base, aux États-Unis, au Canada, en Finlande et en Espagne. Nous avons aussi étudié des écrits provenant de la littérature grise : rapports gouvernementaux, articles de journaux, billets de blog, ainsi qu'une thèse de baccalauréat européen (Université de Barcelone), car nous considérons essentiel de nous baser sur des données récentes et actuelles. Nous avons priorisé les études effectuées dans des contextes ruraux, ainsi que celles incluant à la fois des régions métropolitaines et rurales. L'échantillonnage final étudié comprenait donc 25 documents.

Limites des études

Tel que démontré par le Comité d'expert sur le revenu minimum garanti (2017), il est difficile d'obtenir des informations fiables et rigoureuses sur les projets de revenu de base ayant eu lieu. La plupart des revues systématiques que nous avons lues rapportaient aussi des critiques méthodologiques par rapport aux études et aux barèmes des projets. Une des limites les plus importantes consiste en des contextes institutionnels très différents entre les différentes expérimentations de revenu de base ainsi que les modalités et conditions d'application, rendant les études difficilement comparables.

Remerciements

Nous remercions le CoRSeR pour l'appui financier à la réalisation de cette recension d'écrits.

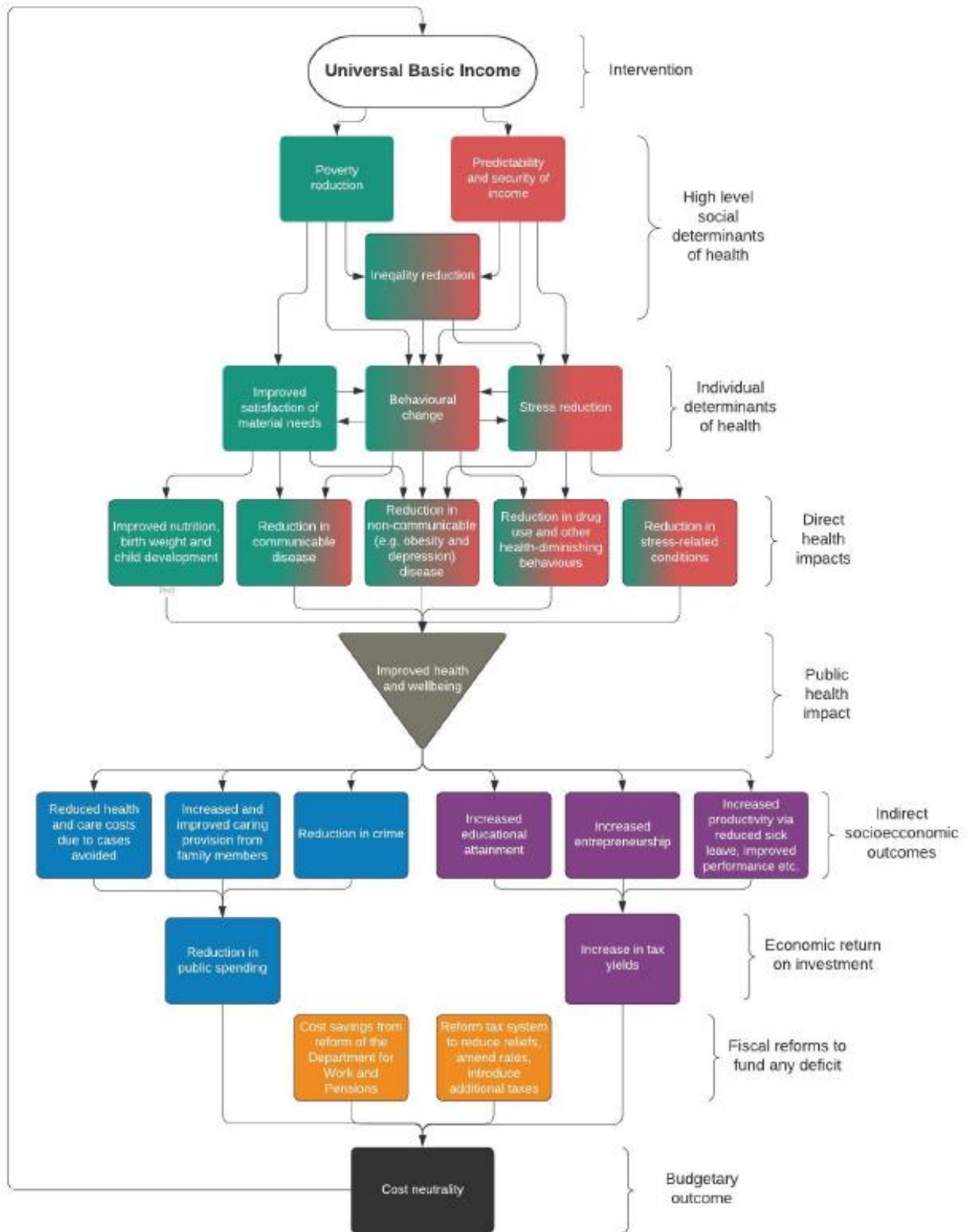
¹⁷ Google scholar, Érudit, Worldcat, CAIRN, EBSCO, ProQuest, DOCCISMeF, PubMed.gov, RéseauSanté, SAGE, Web of Science.

Bibliographie

- Camporesi, A. T. (2018). La renta básica universal basada en la evidencia. *Política y sociedad*, 55(3), 851-871.
- Chen, Y. A., & Quiñonez, C. (2018). Basic income guarantee: a review of implications for oral health. *J Public Health Dent*, 78(1), 56-62.
- Coelho, A. (2019). Spain: The Barcelona B-MINCOME Experiment Publishes Its First Results. <https://basicincome.org/news/2019/09/spain-the-barcelona-b-mincome-experiment-publishes-its-first-results/>
- Couturier, È.-L. (2013). *Revenu minimum garanti : trois études de cas*. https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/IRIS-brochure-Revenu-Minimum_WEB.pdf
- Dobbins, M. (2017). *Guide pour les revues rapides. Étapes pour effectuer une revue rapide*. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils <https://www.nccmt.ca/uploads/media/media/0001/02/3035bcc3f25f07c31b3bda8fbbb437cf40fa67de.pdf>
- Douglas, M., Katikireddi, S. V., Taulbut, M., McKee, M., & McCartney, G. (2020). Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ*, 369.
- Ferdosi, M., & McDowell, T. (2020). More than Welfare: The Experiences of Employed and Unemployed Ontario Basic Income Recipients. *Basic Income Studies*, 15(2).
- Forget, E. L. (2011). The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37(3), 283-305.
- Fourrier, A. (2019). *Le revenu de base en question: de l'impôt négatif au revenu de transition*. Écosociété.
- Comité d'experts sur le revenu minimum garanti. (2017). *Le concept de revenu minimum garanti et ses applications: rapport d'étape du comité d'experts*. Gouvernement du Québec. https://www.mtess.gouv.qc.ca/publications/pdf/RMG_Concept_SommaireFR.pdf
- Gibson, M., Hearty, W., & Craig, P. (2018). Potential effects of universal basic income: a scoping review of evidence on impacts and study characteristics. *The Lancet*, 392, S36.
- Gibson, M., Hearty, W., & Craig, P. (2020). The public health effects of interventions similar to basic income: a scoping review. *The Lancet Public Health*, 5(3), e165-e176.
- Giúdice, M. d. B. F., & Ivan, I. (2020). *Renta básica y salud mental: los efectos de un sistema de garantía de ingresos en la salud mental de la población* [Bachelors thesis, Universitat Autònoma de Barcelona]. Disposit digital de documents de la Universitat Autònoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/227600>
- Gupta, R., Jacob, J., & Bansal, G. (2021). The Role of UBI in Mitigating the Effects of Psychosocial Stressors: A Review and Proposal. *Psychological Reports*, 0(0), 1-23.
- Haagh, L., & Rohregger, B. (2019). *Universal basic income policies and their potential for addressing health inequities: Transformative approaches to a healthy, prosperous life for all*. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/06/healthy-prosperous-lives-for-all-in-the-european-region-high-level-conference-on-health-equity/publications/universal-basic-income-policies-and-their-potential-for-addressing-health-inequities-transformative-approaches-to-a-healthy-prosperous-life-for-all-2019>
- Hamilton, L., & Mulvale, J. P. (2019). "Human again": the (unrealized) promise of basic income in ontario. *Journal of Poverty*, 23(7), 576-599.
- Johnson, E. A., Johnson, M. T., & Webber, L. (2020a). Measuring the health impact of Universal Basic Income as an upstream intervention: holistic trial design that captures stress reduction is essential. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*. doi:10.1332/174426420X15820274674068
- Johnson, M., Degerman, D., & Geyer, R. (2019). Exploring the Health Case for Universal Basic Income: Evidence from GPs Working with Precarious Groups. *Basic Income Studies*, 14(2), 1-11. doi:10.1515/bis-2019-0008

- Johnson, M. T., & Johnson, E. (2019). Stress, domination and basic income: considering a citizens' entitlement response to a public health crisis. *Social Theory & Health*, 17(2), 253-271.
- Johnson, M., Johnson, E., Nettle, D., & Pickett, K. (2020b). Designing trials of Universal Basic Income for health impact: identifying interdisciplinary questions to address. *Journal of Public Health*, 1-9. doi:10.1093/pubmed/fdaa255
- Kangas, O., Jauhiainen, S., Simanainen, M., & Ylikännö, M. (2019). *The basic income experiment 2017–2018 in Finland: Preliminary results* (9520040358). Ministry of social affairs and health. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161361>
- Lain, B. (2019). *Report on the preliminary results of the B-MINCOME project (2017-2018). Combining a guaranteed minimum income and active social policies in deprived urban areas of Barcelona*. Planning and Innovation Department Area of Social Rights. https://ajuntament.barcelona.cat/dretsocials/sites/default/files/arxiu-documents/results_bmincome_eng.pdf
- Lowrey, A. (2021). Stockton's Basic-Income Experiment Pays Off. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2021/03/stocktons-basic-income-experiment-pays-off/618174/>
- Marinescu, I. (2018). *No Strings Attached: The Behavioral Effects of U.S. Unconditional Cash Transfer Programs*. National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w24337>
- Nassif-Pires, L., de Lima Xavier, L., Masterson, T., Nikiforos, M., & Rios-Avila, F. (2020). *Pandemic of inequality*. Levy Economics Institute. https://ideas.repec.org/p/lev/levppb/ppb_149.html
- Rhazi, Y. (2021, 11 mars). Le revenu de base, un filet social pour le 21e siècle? Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/le-revenu-de-base-un-filet-social-pour-le-21e-siecle>
- Richardson, E., Fenton, L., Parkinson, J., Pulford, A., Taulbut, M., McCartney, G., & Robinson, M. (2020). The effect of income-based policies on mortality inequalities in Scotland: a modelling study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e150-e156.
- Ruckert, A., Huynh, C., & Labonté, R. (2018). Reducing health inequities: is universal basic income the way forward? *Journal of Public Health*, 40(1), 3-7.
- Sircar, N. R., & Friedman, E. A. (2018). Financial security and public health: how basic income & cash transfers can promote health. *Global Public Health*, 13(12), 1878-1888.
- The World Bank. (2021). World Bank Countries and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2013). L'égalité c'est mieux: pourquoi les écarts de richesses ruinent nos sociétés. Écosociété.

Annexe A: Modèle d'impact du Revenu de base universel (Johnson et al., 2021, p.4)



Annexe B: Effets des mesures de distanciation sociale sur la santé (Douglas et al., 2020)

