

Lien social et Politiques

Politiques sociales : un enjeu de santé publique ?

Mélanie Bourque et Amélie Quesnel-Vallée

La santé au risque du social
Numéro 55, printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013223ar

DOI : [10.7202/013223ar](https://doi.org/10.7202/013223ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bourque, M. & Quesnel-Vallée, A. (2006). Politiques sociales : un enjeu de santé publique ?. *Lien social et Politiques*, (55), 45–52. doi:10.7202/013223ar

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]



Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

Politiques sociales: un enjeu de santé publique?

Mélanie Bourque et Amélie Quesnel-Vallée

L'association entre conditions socioéconomiques et santé des populations est largement documentée, mais peu d'études ont porté sur la contribution des politiques sociales à cette relation. En outre, vu la quasi-absence de politologues dans le champ de la santé des populations, la conceptualisation des politiques publiques demeure sommaire, et plus intuitive qu'empirique. Dans un texte récent sur les déterminants de la santé, Hilary Graham (2004) note que la recherche dans ce domaine gagnerait à une meilleure compréhension des politiques publiques et des contextes dans lesquels elles sont mises en œuvre¹. Parmi les quelques études sur la régulation politique et sociale et la santé des populations, Maderbacka et al. (2001) et Lissau et al. (2001) ont cherché à comprendre les effets de la crise du marché du travail sur les inégalités sociales de santé, respectivement en Finlande et au Danemark. De leur côté, Lahelma et al. (2001) ont étudié comment,

depuis le milieu des années 1980, la dérégulation a influé sur les inégalités de santé en Suède. Ce sont là des études novatrices du point de vue des déterminants sociaux de la santé, mais le lien avec la régulation étatique n'y est présent qu'en toile de fond.

Parallèlement, en sociologie politique, une abondante littérature a montré depuis les années 1990 que les régimes d'État providence sociaux-démocrates proposent des filets de sécurité sociale plus complets que les régimes conservateurs et libéraux. Ainsi, la Suède, la Norvège et la Finlande feraient mieux en matière de protection sociale que la France, le Canada ou l'Angleterre (Esping-Andersen, 1999; Martin, 1997; Dufour, Noël et Boismenu, 2001). Les régimes d'État providence sociaux-démocrates auraient mieux réussi que les autres régimes à pallier les inégalités, par la redistribution des richesses

et une politique de plein emploi (Baker, 1996). L'analyse des politiques familiales n'a pas échappé à cette catégorisation des États et des politiques providentialistes, et elle a fait ressortir des différences significatives entre les pays. Plusieurs chercheurs concluent ainsi que la politique familiale suédoise, plus propice à l'inclusion dans le marché du travail (donc au plein emploi) et plus universelle, réduit la pauvreté des familles (Baker, 1996; Gauthier, 1996).

Si ces travaux ont mis en évidence le rôle des politiques sociales dans le développement des inégalités socioéconomiques, ils n'ont pas accordé autant d'attention à d'autres objets, telle la santé. Or les transformations des politiques familiales — politiques de congés parentaux, allocations familiales, systèmes de garderies, soutien offert aux familles à faible revenu² — affectent la santé des parents, et il est intéres-

sant de saisir l'interrelation entre politiques et statuts d'une population.

L'objectif principal de cette revue de littérature est justement de faire valoir qu'il est impératif de connaître l'effet des politiques publiques sur la santé des populations et par conséquent sur les inégalités sociales de santé. Nous nous intéresserons aux différents régimes d'État providence et à leur transformation, ainsi qu'au lien entre protection sociale et santé, en exploitant l'approche des parcours de vie et en prenant l'exemple des politiques familiales.

Inégalités sociales de santé et politiques publiques

La recherche sur les déterminants sociaux de la santé a soulevé le problème des inégalités sociales de santé. Elle a montré que la santé des populations est influencée par le statut socioéconomique (Lynch, 2004; Graham, 2004), le revenu, la classe sociale, la situation d'emploi, le niveau de scolarité et la culture (Marmot, 2004). Les déterminants économiques sont liés aux inégalités sociales de santé. Au delà de la pauvreté, des inégalités plus subtiles, comme un faible niveau d'instruction, ont un effet direct sur la santé des individus. Plus on est dépourvu

de ressources socio-économiques, moins on a de chances d'être en bonne santé. L'obésité et les maladies cardio-vasculaires sont plus fréquemment diagnostiquées chez les personnes pauvres (Marmot, 2004).

Dans cette perspective, on a constaté que la relation entre situation socioéconomique et santé ne se manifeste pas avec la même ampleur dans tous les pays; ainsi, il vaut mieux naître pauvre en Suède qu'aux États-Unis. Selon Whitehead et al. (2000), les mères monoparentales bénéficient d'un bien meilleur état de santé en Suède qu'en Angleterre. Au Canada, les mères mariées sont en meilleure santé que les mères monoparentales, mais on ne remarque pas cette différence dans un pays comme la Norvège (Curtis et Phipps, 2004). Placés dans les contextes généraux de la protection sociale nationale, les résultats de ces études éclairent le phénomène des inégalités de santé, mais non le lien entre politiques sociales et inégalités sociales de santé. Leurs constats relèvent davantage de l'observation que de l'explication; en outre, la plupart portent sur un moment particulier et souvent actuel de l'histoire, et ne peuvent expliquer l'augmentation des inégalités.

L'adéquation entre le filet de protection sociale et l'importance des inégalités de santé dans les différents régimes d'État providence est donc l'un des «chaînon manquant» dans la série de facteurs qui expliquent l'augmentation des inégalités de santé³. Néanmoins, le lien entre politiques sociales et inégalités sociales de santé n'est pas facile à établir. En particulier, il faut être en mesure de recueillir des données historiques (antérieures et postérieures à l'introduction des politiques) pour comprendre tant les politiques

elles-mêmes que l'état de santé des individus d'une population. Ces données doivent permettre aussi la comparaison entre différentes provinces ou pays qui proposent des systèmes de protection sociale comparables.

Les États providences et leurs transformations

La protection sociale mise en œuvre à partir des années 1940 dans la plupart des pays occidentaux visait à réduire les inégalités économiques. Elle voulait améliorer l'égalité des chances (par l'éducation) et la protection contre les risques du chômage, de la vieillesse et de la maladie (Ewald, 1989). On peut penser qu'elle a également eu un impact important sur la santé des populations. Par exemple, l'implantation d'un système de santé universel au Québec durant les années 1970 a coïncidé avec une importante réduction des taux de mortalité infantile (Hanratty, 1996; Gottely, 2004). Il est vrai que d'autres pays n'ont pas recensé une chute des taux aussi importante et aussi rapide. Ainsi, aux États-Unis, malgré un PIB très élevé, la mortalité infantile demeure au même niveau que dans certains pays en voie de développement⁴.

Une abondante littérature a fait ressortir les différences entre les régimes d'État providence. Esping-Andersen (1999) identifie trois types de régimes⁵, qu'il rattache à l'histoire des luttes sociales dans différents groupes de pays. Le premier type, l'État social-démocrate, associé aux pays scandinaves, met en œuvre des politiques sociales généralement universelles et vise la «défamiliarisation», voulant permettre aux hommes et aux femmes de choisir de travailler ou de rester à la maison auprès de leurs enfants. Le

second type de régime existe en Allemagne et en France : c'est l'État conservateur, qui idéalise davantage la famille traditionnelle et, en général, exclut les femmes au foyer des politiques sociales. Enfin, l'État providence libéral, identifié aux pays anglo-saxons comme l'Angleterre, le Canada et les États-Unis, favorise le développement du marché; ces pays ont des programmes universels peu nombreux, une protection sociale à caractère particulariste et des programmes sociaux limités.

À la suite d'Esping-Andersen, une multitude de travaux ont éclairé l'architecture de la protection sociale des pays industrialisés, et plusieurs auteurs ont utilisé sa typologie pour comparer les États providences (Martin, 1999; Saint-Martin, 2001; Pierson, 2001). Ayant comparé les programmes d'aide sociale de différents régimes, Dufour, Boismenu et Noël (2003) distinguent deux groupes de pays : ceux qui prennent charge des sans-emploi⁶ et ceux qui font davantage appel à la responsabilité individuelle et au libre marché; les sans-emploi jouissent évidemment d'une meilleure situation dans les pays qui les prennent en charge. L'examen des politiques familiales de plusieurs pays conduit Gauthier (1996) et Baker (1995) à affirmer, de la même manière, que les politiques sociales de la Suède ont un effet plus important sur le taux de pauvreté des familles que celles du Canada ou de l'Angleterre.

La différence entre les régimes d'État providence n'est donc plus à établir. Mais les transformations subies par les systèmes de protection sociale depuis les années 1980 doivent retenir l'attention (Noël, 1996; Hassenteufel et Palier, 2001; Jessop, 1999; Beauchemin, Bourque et

Duchastel, 1995; Saint-Martin et Jenson, 2006). Dans les États occidentaux, la réduction des dépenses publiques a fait diminuer les interventions de l'État en matière sociale et provoqué une transformation des politiques sociales. Dans tous les pays, les programmes sociaux sont devenus plus particularistes, moins généreux dans leurs prestations et davantage axés sur l'intégration au marché du travail (Noël, 1996; Jenson, 2004). Le niveau de vie des prestataires s'en est ressenti, et il est possible de voir dans la transformation de la protection sociale une cause de la croissance des inégalités signalées par les chercheurs en santé des populations. Parce qu'il s'agit d'un phénomène complexe et difficile à démontrer, le lien entre la transformation des politiques sociales et l'augmentation des inégalités demeure implicite dans la littérature sur les régimes de protection sociale. S'il est clair que la diminution des prestations d'aide sociale a un effet direct sur la position socio-économique des prestataires par rapport au reste de la société, la démonstration est plus complexe pour l'ensemble de la protection sociale, car une multitude de facteurs peuvent influencer la relation (niveau d'instruction, taux de chômage, croissance économique etc.).

Il a été démontré que les politiques particularistes (*income-tested* ou *means-tested*) sont beaucoup moins généreuses que les politiques universelles ou quasi universelles (Kamerman et Khan, 2001). Ces catégories correspondent à des manières différentes de traiter la pauvreté et les inégalités. Selon Garfinkel (1996), les politiques familiales universalistes sont plus efficaces contre la pauvreté. La tangente particulariste que prend la pro-

tection sociale depuis les années 1980, par le ciblage des clientèles, a un effet direct et probablement négatif sur le statut socio-économique des individus. Le passage de politiques de type universaliste à des politiques de type particulariste serait ainsi un élément majeur de la transformation de la protection sociale.

Être parent : une vie à multiple facettes

Parce que les systèmes de protection sociale visent des risques sociaux comme la pauvreté ou le chômage, il est possible d'établir un lien entre eux et les inégalités sociales de santé.

L'approche des parcours de vie nous rappelle que la santé des individus, à tout moment de leur existence, est le produit de trajectoires au cours desquelles se sont multipliés les rôles et les expériences (Kuh et Ben Shlomo, 2004). Parce qu'il s'agit d'une population moins étudiée lorsqu'il est question de politiques familiales, il est intéressant de prendre le cas des personnes avec enfants à charge⁷. Il s'agit d'un groupe diversifié : on y trouve autant des individus qui conjuguent le double statut de parent et de membre de la population active ou d'étudiant, que des gens qui consacrent l'essentiel de leur temps au soin des membres de leur famille. À ces statuts s'ajoutent diverses caractéristiques : âge des parents, âge des enfants à charge (moins de cinq ans et plus de cinq ans), monoparentalité, revenu familial (faible ou non). Le statut de parent avec enfant à charge est donc défini par plusieurs facteurs. Comme le soulignent Duxbury et Higgins (2003), certaines situations — certaines combinaisons de facteurs — peuvent avoir des conséquences

négligées pour la santé mentale et physique des intéressés.

La difficulté de séparer strictement la santé des parents et celle de leurs enfants laisse entrevoir bien des trajectoires potentielles de désavantage cumulatif. Ainsi, la charge d'enfants handicapés entraîne des conséquences délétères pour la santé des parents (UK Department of Health, 2005⁸) et on sait que, par certains processus, l'état de santé mentale et physique des parents se répercute sur le développement des enfants (Kahn, Wilson et Wise, 2005). Si ces conséquences ne sont pas inévitables et sont influencées par les politiques sociales, il importe de déterminer les politiques les plus aptes à réduire l'impact de ces facteurs sur la santé des parents. Sans négliger les problèmes sociaux qui touchent les enfants, il est impératif de s'intéresser aussi à ceux qui affectent les parents, en se penchant sur les politiques destinées à la famille.

Plutôt que d'examiner des politiques sociales définies «en silo» et leur impact sur les inégalités sociales, il est intéressant de suivre une population durant une période significative de ses trajectoires de vie afin de cerner l'interrelation entre les politiques et les statuts de cette popu-

lation et de déterminer quel type de protection familiale assure le mieux la santé des parents.

L'approche des parcours de vie (*life courses*) a alimenté nombre d'études en sociologie depuis cinquante ans (George, 2003). Elle vise à montrer comment les vies humaines sont structurées socialement à travers le temps, et comment elles peuvent changer selon les variations de l'environnement (historique, physique et social). Elder (1974) nous invite à comprendre les parcours de vie par les transitions qui les jalonnent, par le moment de la vie auquel elles ont lieu (*timing*) et par l'environnement dans lequel elles se déroulent, du niveau «micro» (famille et amis) au niveau «macro» (pays), étant entendu que les décisions des individus peuvent influencer leurs trajectoires de vie.

Cette approche est féconde pour examiner un groupe de personnes dont le trait commun n'est pas forcément l'âge, critère habituel des politiques, mais plutôt un statut, celui de parent, définissant un moment du parcours de vie. S'impose également le concept de *linked lives*, non moins fondamental dans l'approche des parcours de vie, qui renvoie au fait que l'individu — le parent — n'avance pas dans la vie de façon isolée, mais en interdépendance avec ses parents, enfants, amis, collègues. Les sociologues ont clairement démontré que l'existence des individus est influencée par leurs rapports sociaux. Cette socialisation modifie l'environnement dans lequel l'individu évolue et son existence. Ainsi, la santé des individus est influencée par leur état civil (marié, conjoint de fait, célibataire, divorcé, veuf ou veuve...). Il l'est aussi par leur environnement. Par exemple, le niveau

de vie (le niveau d'instruction, la violence...) des conjoints affectera fortement leur état de santé (Wethington, 2004). De la même manière, l'état de santé des parents et leur situation affectent ceux des enfants. Macmillan, McMorris et Kruttschnitt (2004) ont étudié l'effet de la situation maternelle sur le comportement anti-social des enfants de 5 à 7 ans. Plus la situation est difficile au départ, plus les enfants auront des comportements anti-sociaux. Toutefois une amélioration de la situation de la mère engendre une amélioration du comportement de l'enfant. De leur côté, Thornberry et al. (2004) ont analysé la continuité intergénérationnelle des comportements anti-sociaux. Ils décèlent un lien faible entre les comportements anti-sociaux des parents et ceux de leurs enfants. Selon eux, le type d'éducation donné par les parents et le stress financier jouent un rôle médiateur très important dans cette relation. Ils concluent que plus un enfant vit un stress financier (à travers la situation de ses parents), plus il a de «chances» d'adopter des comportements anti-sociaux. Ces analyses font ressortir un lien direct entre les conditions de vie des parents et celles des enfants. La relation existe aussi dans l'autre sens: Marks (1998) a montré que le fait de prendre soin d'enfants handicapés influence le bien-être mental des parents, et Leiter, Krauss et Anderson (2004) que la vie des mères présentes sur le marché du travail se transforme lorsqu'elles ont à charge des enfants qui présentent des besoins particuliers.

Dans la mesure où la protection sociale peut modifier le statut socio-économique des individus, l'application du concept d'interdépendance emprunté à l'approche des parcours

de vie permet de soutenir que les politiques sociales, et plus particulièrement les politiques familiales, exerçant une influence sur le statut socio-économique des parents, affectent à la fois leur état de santé et celui de leurs enfants (Cooksey, 1997; McLeod et Shanahan, 1996). Outre le statut socio-économique, il convient de prendre en considération l'activité des parents (travailleur, étudiant, au foyer), leurs réseaux sociaux et leur situation de logement.

Les politiques familiales et la santé: des liens à établir

Pour être en mesure d'établir l'impact des politiques familiales sur la santé des parents, il est nécessaire de conjuguer une analyse comparative des politiques sociales à celle des parcours de vie. On dépasse ainsi la simple observation que, pour être en meilleure santé si on est né pauvre, il vaut mieux avoir vu le jour en Suède qu'aux États-Unis. La comparaison esquissée ici porte sur quatre régimes d'État providence, soit l'Angleterre, la France, la Suède et le Canada (dans ce dernier cas, nous tiendrons compte des politiques du Canada, du Québec et de l'Ontario). La politique familiale nous intéresse non seulement parce qu'elle est particulièrement susceptible d'affecter les conditions de vie des parents mais aussi parce que c'est un domaine de la protection sociale qui a beaucoup changé.

Depuis environ une dizaine d'années, plutôt que d'assurer les citoyens contre les risques sociaux comme la maladie et le chômage, les gouvernements ont tendance à concevoir leur intervention sur le plan social comme un investissement pour l'avenir (Jenson, 2006). Les politiques familiales ne visent donc

plus directement les parents dans le besoin, mais bien les enfants démunis dont il est «encore» possible de redresser la situation future (Jenson, 2006). Non seulement on met en place des programmes qui ciblent davantage les plus démunis, mais c'est l'enfant qui est le «bénéficiaire» de la politique familiale, et non plus les parents. Quel impact ces nouvelles politiques peuvent-elles avoir sur la santé des parents? Et si l'on abandonne la couverture des risques sociaux traditionnels, la détérioration des conditions socio-économiques des parents n'aura-t-elle pas un effet sur les enfants en modifiant l'environnement dans lequel les grandissent?

Quatre politiques se prêtent à la comparaison: les congés parentaux, les allocations familiales, les systèmes de garderies et le soutien aux familles à faible revenu. Elles couvrent la majeure partie de la politique familiale des pays cités plus haut et permettent de saisir les différences entre les programmes nationaux. Nous avons vu qu'il existe des différences dans la manière dont les systèmes de protection sociale des pays occidentaux couvrent les individus et affectent leur statut socio-économique et leurs conditions de vie. Le type d'accès à des services de garde ou aux congés parentaux, le niveau des allocations familiales et le ciblage des familles à faible revenu sont autant de facteurs qui ont un impact sur les conditions de vie des parents et qui contribuent à déterminer leur état de santé.

Conclusion

Nous avons voulu montrer que le lien entre politiques sociales et inégalités sociales de santé mérite l'attention de la communauté des

chercheurs. Les transferts sociaux ont un impact sur le niveau de vie des populations, l'accès à l'éducation modifie plusieurs aspects de l'existence des individus, la politique de main-d'œuvre détermine en partie les types d'emplois disponibles: la régulation étatique modifie l'environnement dans lequel se déroule l'existence des individus. Ainsi, le type de régulation adopté par un pays affectera autant la situation en emploi que la situation économique familiale et individuelle des ménages puisqu'elle a des répercussions importantes sur une multitude d'aspects de la vie de ces individus.

L'agencement mais surtout la transformation et l'évolution des interventions de l'État ont engendré de multiples changements en matière de politiques sociales dans l'ensemble des pays occidentaux. L'application de cette nouvelle régulation étatique a eu une incidence importante sur les conditions de vie des individus mais également sur les inégalités sociales de santé. Pour mieux comprendre cette relation, nous pensons qu'une comparaison historique et contemporaine de plusieurs régimes de protection sociale est nécessaire. Il en résultera une étude qualitative historique des politiques familiales du Canada, de l'Angleterre, de la France et de la Suède, mais également une analyse quantitative des parcours de vie des parents avec enfants à charge.

La longueur du congé parental, l'accès à des services de garde, les prestations familiales et le soutien des familles à faible revenu contribuent de façon importante à façonner la vie des familles. Il est donc évident que les politiques familiales ont un impact sur l'état de santé des individus. En effet, chacun de ces

aspects de la politique familiale affectera l'état de santé physique et mental des parents. Il est donc impératif d'en tenir compte comme déterminant de la santé des populations.

Mélanie Bourque
Université McGill et
Centre Léa-Roback
Montréal⁹

Amélie Quesnel-Vallée
Université McGill
Montréal¹⁰

Notes

¹ « Established policies and new programs are operating in a dynamic social and policy environment. Their effects therefore may vary across contexts and may be mediated through social and policy change » (Graham, 2004 : 118).

² Nous entendons, par soutien aux familles à faibles revenus, les programmes qui offrent un soutien monétaire aux familles travailleuses considérées comme ayant un faible revenu, tel le programme de primes au travail du gouvernement du Québec.

³ Les inégalités sociales de santé sont déterminées par une multiplicité de facteurs, comme les politiques liées au marché du travail ou au genre. Même si les politiques familiales ne sont pas

nécessairement la variable la plus importante, il n'en est pas moins intéressant d'établir le lien entre ces politiques et la santé des parents.

⁴ Voir à ce sujet <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/infant.html>, <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/rankorder/2091rank.html>

⁵ Nous retenons cette typologie parce qu'elle facilite la comparaison. Nous tiendrons particulièrement compte des transformations qu'ont subies les politiques sociales depuis les années 1980. Certains auteurs ne parlent même plus d'État providence pour décrire la régulation actuelle (les termes en faveur sont État partenaire, État d'investissement social, État néolibéral...). Nous n'entreons pas dans ces débats; les transformations survenues depuis les années 1980 dans les démocraties libérales héritent des différences antérieures entre les régimes d'État providence « classiques » définis par Esping-Anderson.

⁶ « Sans-emploi » renvoie ici aux chômeurs et aux prestataires de l'aide sociale. Ces derniers ne sont pas nécessairement des sans-emploi au sens strict, mais les politiques d'aide sociale actuelles tendent à les définir comme tels.

⁷ La recherche sur la famille cible en général les enfants.

⁸ <http://www.carers.gov.uk/chp6nsc.htm>.

⁹ Boursière post-doctorale du programme stratégique de formation en recherche en santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec. (www.santepop.qc.ca/formation).

¹⁰ Chercheure boursière junior 1, Fonds de recherche en santé du Québec.

Bibliographie

BAKER, Maureen. 1995. *Canadian Family Policies: Cross-national Comparisons*. Toronto, Toronto University Press.

BEAUCHEMIN, Jacques, Gilles BOURQUE et Jules DUCHASTEL. 1995. « Du providentialisme au néolibéralisme : de Marsh à Axworthy. Un nouveau discours de légitimation de la régulation sociale », *Cahiers de recherche sociologique*, 24 : 15-47.

BERGER, Laurence, Jennifer HILL et Jane WALDFOGEL. 2005. « Maternity leave, early maternal employment and child health and development in the US », *Economic Journal*, 115, 501 : 29-47.

BRAINBRIDGE, Jay, Marcia MEYERS et Jane WALDFOGEL. 2003. « Child care policy reform and the employment of single mothers », *Social Science Quarterly*, 84, 4 : 771-791.

CARDENAS, Ra DA MAJOR. 2005. « Combining employment and breastfeeding: Utilizing a work-family conflict framework to understand obstacles and solutions », *Journal of Business and Psychology*, 20, 1 : 31-51.

COOKSEY, Elisabeth C., Elisabeth G. MENAGHAN et Susan M. JEKIELEK. 1997. « Life-course effects of work and family circumstances on children », *Social Forces*, 76, 2 : 637-665.

CURTIS, Lori, et Shelley PHIPPS. 2004. « Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada », *Social Science and Medicine*, 58, 12 : 2499-2507.

DUFOUR, Pascale, Gérard BOISMENU et Alain NOËL. 2003. *L'aide au conditionnel*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

DUXBURY, Linda, et Chriss HIGGINS. 2003. *Work-Life Conflict in Canada in the New Millennium: A Status Report*. Health Canada, 144 p.

ELDER, Glen H., Jr. 1999. *Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience. 25th Anniversary Edition*. Boulder, CO, Westview Press.

ESPING-ANDERSON, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey, Princeton University Press.

EWALD, François. 1986. *L'État Providence*. Paris, Grasset.

- FRONE, Michael R., Marcia RUSSELL et M. Lynne COOPER. 1997. «Relation of work-family conflict to health outcomes: A four-year longitudinal study of employed parents», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70: 325-335.
- GARFINKEL, I. 1996. «Economic security for children: Means-testing and bifurcation to universality», dans I. GARFINKEL, J. HOCHSCHILD et S. MCLANAHAN, éd. *Social Policies for Children*. Washington, D. C., Brookings Institution.
- GAUTHIER, Anne-Hélène. 1996. *The State and the Family. A Comparative Analysis of Family Policies in Industrialized Countries*. Oxford, Calendon Press.
- GEORGE, Linda. 2003. «Life course research: Achievements and potential», dans J. T. MORTIMER et M. J. SHANAHAN, éd. *Handbook of the Life Course*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 671-680.
- GOTTELY, Serge. 2004. *Naître en France et au Québec*. Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité. <http://www.irdes.fr/ofqss/Revue/pdf/2004/12004/AvpropN104.pdf>.
- GRAHAM, Hilary. 2004. «Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings», *The Milbank Quarterly*, 82: 1001-124.
- GRZYWACZ, Joseph G., et Brenda L. BASS. 2003. «Work, family, and mental health: Testing different models of work-family fit», *Journal of Marriage and the Family*, 65, 1: 248-261.
- HANRATTY, Maria J. 1996. «Canadian national health insurance and infant health», *The American Economic Review*, 86, 1: 276-284.
- HASSENTEUFEL, Patrick, et Bruno PALLIER. 2001. «Le social sans frontière? Vers une analyse transnationale de la protection sociale», *Lien social et Politiques*, 45: 23-45.
- JENSON, Jane. 2004. «Changing the paradigm: Family responsibility or investing in children», *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 29, 2: 169-192.
- JENSON, Jane. 2006. «Social investment for new social risks: Consequences of the LEGO TM paradigm for children», article préparé pour: Jane LEWIS, éd. *Children in Context: Changing Families and Welfare States*. Edward Elgar Publishing.
- JENSON, Jane, et Denis SAINT-MARTIN. 2003. «New routes to social cohesion? Citizenship and the social investment state», *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, 28, 1: 77-99.
- JENSON, Jane, et Denis SAINT-MARTIN. 2006. «Building blocks for a new social architecture: The LEGO TM paradigm of an active society», *Policy and Politics*, 34: 3 (à paraître).
- JESSOP, Bob. 1999. «The changing governance of welfare: Recent trends in its primary functions, scale, and modes of coordination», *Social Policy and Administration*, 33, 4: 348-359.
- KAHN, Robert S., Keith WILSON et P. H. WISE. 2005. «Intergenerational health disparities: Socioeconomic status, women's health and child behavior problems», *Public Health Reports*, 120, 4: 399-408.
- KAMERMAN, Sheila B., et Alfred J. KHAN. 1987. «Universalism and income testing in family policy: New perspective on an old debate», *Social Work*, juillet-août: 277-280.
- KHAN, R. S., K. X. WILSON et P. H. WISE. 2005. «Intergenerational health disparities: Socioeconomic status, women's health conditions, and child behavior problems», *Public Health Report*, 120, 4: 399-408.
- KIM, R. Y., I. GARFINKEL et D. R. MEYER. 1996. «Is the whole greater than the sum of the parts? Interaction effects of three non-income-tested transfers for families with children», *Social Work Research*, 20, 4: 274-285.
- KINNUNEN, U., et S. MAUNO. 1998. «Antecedents and outcomes of work-family conflict among employed women and men in Finland», *Human Relations*, 51, 2: 157-177.
- KUH, Diana, et Yoav BEN-SHLOMO. 2004. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford, Oxford University Press, 2^e édition.
- LAHELMA, Eero, Olle LUNDBERG, Kristina MANDERBACKA et Eva ROOS. 2001. «Changing health inequalities in the Nordic countries?», *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, 5: 1-5.
- LEITER, V., U. KINNUNEN, B. ANDERSON et al. 2004. «The consequences of caring—Effects of mothering a child with special needs», *Journal of Family Issues*, 25, 3: 379-403.
- LISSAU, I., N. K. RASMUSSEN, N. M. HESSE et U. HESSE. 2001. «Social differences in illness and health-related exclusion from the labour market in Denmark from 1987 to 1994», *Scandinavian Journal of Public Health*, 55: 19-30.
- LYNCH, John, George DAVEY SMITH, Sam HARPER et Marianne HILMEIER. 2004. «Is income inequality a determinant of population health?», *The Milbank Quarterly*, 82, 2: 355-400.
- MACMILLAN, R., B. J. MCMORRIS et C. KRUTTSCHNITT. 2004. «Linked lives: Stability and change in maternal circumstances and trajectories of antisocial behavior in children», *Child Development*, 75, 1: 205-220.
- MANDERBACKA, Kristina, Eero LAHELMA et Ossi RAHKONEN. 2001. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29: 41-54.
- MARKS, N. F. 1998. «Does it hurt to care? Caregiving, work-family conflict, and midlife well-being», *Journal of Marriage and the Family*, 60: 951-966.
- MARMOT, Michael. 2004. *The Status Syndrome. How Social Standing Affects our Health and Longevity*. New York, Times Books.
- MARTIN, Claude. 1997. «La comparaison des systèmes de protection sociale en Europe. De la classification à l'analyse des trajectoires de l'État providence»,

Lien social et Politiques-RIAC, 37: 145-155.

MCLEOD, J. D., et M. J. SHANAHAN. 1996. «Trajectories of poverty and children's mental health», *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 3: 207-220.

NOËL, Alain. 1996. «Vers un nouvel État-providence? Enjeux démocratique», *Politique et Sociétés*, 30: 4-11.

PHIPPS, Shelley. 2005. «Long-run consequences of parental paid work hours for child overweight status in Canada», *Social Science and Medicine*.

PHIPPS, Shelley, et L. CURTIS. 2003. «Social transfers and the health status of mothers in Norway and Canada», *Social Science and Medicine*, 58, 12: 2499-2507.

PIERSON, Paul. 2001. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford, Oxford University Press.

SAINT-MARTIN, Denis. 2001. «De l'État-providence à l'État d'investissement social», dans Leslie PAL, éd. *How Ottawa Spends 2000-2001. Past Imperfect and Future*. Ottawa, Carleton University Press.

SCOTT, E. K., A. S. LONDON et A. HURST. 2005. «Instability in patchworks of child care when moving from welfare to work», *Journal of Marriage and the Family*, 67, 2: 370-386.

THORNBERRY, T. P., Adrienne FREEMAN-GALLANT, A. J. LIZOTTE et al.

2003. «Linked lives: The intergenerational transmission of antisocial behavior», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 2: 171-184.

WETHINGTON, Elaine. 2005. «An overview on life course perspective: Implications for health and nutrition», *Journal of Nutrition Educational Behaviour*, 37: 115-120.

WHITEHEAD, Margaret, Bo BURSTROM et Finn DIDERICHSEN. 2000. «Social policies and pathways to inequalities in health: A comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden.», *Social Science and Medicine*, 50: 255-270.