The need for political will to reduce poverty in Canada

Réduire la pauvreté au Canada : une question de volonté politique

Louise Potvin¹

Published online: 10 July 2019

© The Canadian Public Health Association 2019

In this issue, we publish a paper that explores the impact on health of social assistance programs in Ontario, in Canada as a whole, in the United States and in the United Kingdom (Sod-Erdene et al. 2019). Conducting longitudinal analyses using nationally representative household panel surveys from these jurisdictions, the authors sought to provide an answer to a burning policy question: Given that income sufficiency is a fundamental condition for a healthy life (WHO 2008), do social assistance programs that supplement household incomes of the most income-insecure members in a society improve their health? Previous studies using cross-sectional surveys have repeatedly shown that the health of the recipients of social assistance programs is consistently worse than that of non-recipients, which is to be expected since receiving an income supplement from a social assistance program is in fact a proxy for living in poverty. With their longitudinal analyses, the authors expected to be able to show that receiving such income supplementation would be associated with higher odds of health improvement during the study period. Not surprisingly, their results did not differ from those of previous cross-sectional studies: “[S]ocial assistance programs in Canada and in peer countries are not succeeding at improving the health of the income-insecure.” Despite its relative methodological strength, there are still many limitations of the current study that preclude concluding the absence of positive health impact of social assistance programs. In addition to purely methodological issues, the results of this study should be examined in light of broader policy questions.

The question, indeed, relates to the generosity of the programs examined, which the authors allude to in terms of the policy avenues to explore. Sod-Erdene et al. mention three such avenues,

two of which are related to the eligibility criteria and one to the level of benefits associated with such programs. Notoriously, the US, the UK and Canada, from which the data from this study derive, are among countries whose liberal welfare regimes are the least generous and least associated with health improvement (Navarro et al. 2006). It is very likely that the lack of empirical association between income assistance programs and health improvement in these countries can be explained by program insufficiencies in terms of both eligibility and level of assistance.

In a reanalysis of the Manitoba guaranteed annual income experiment, Forget (2011) observed an actual decrease in hospitalizations and visits to a physician among individuals enrolled in the program compared with a control group. She concludes that even a relatively modest guaranteed annual income program can lead to improvement in health. Unfortunately, with the exception of Ontario which aborted its own program before it could be properly evaluated, no other Canadian province has conducted rigorous experiments of the health impact of assistance programs that would provide universal coverage. The level of benefit is another key issue. If the benefits associated with social programs do not allow beneficiaries to meet their basic needs, then the likelihood of health benefits is much lower. Results from the Canadian Community Health Survey are quite telling about the insufficiency of the Canadian social assistance programs. In 2012, only 30% of the Canadian households reliant on social assistance programs as their main income reported being food secure compared with 87% in the overall population. And when it comes to severe insecurity, the proportions are 29% for the former compared with less than 3% for the latter (Tarasuk et al., 2014).

Social assistance programs are part of the welfare regime in a country, and the variation in generosity of Canadian social assistance programs across provinces is greatly restricted. Indeed, Canada’s liberal tradition makes it almost impossible for progressive legislations to be enacted and implemented that would lift out of poverty significant proportions of citizens. As an example, between 1976 and 2011, the progress of

✉ Louise Potvin
louise.potvin@umontreal.ca

¹ École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada

individual after-tax income in 2011 constant Canadian dollars clearly advantaged those with higher income. Individuals in the highest quintile of income have experienced a 43.5% increase from \$60,700 to \$87,100, whereas those in the lowest quintile have seen their income progress by 27% from \$12,600 to \$16,000, a mere \$3800 (CIHI 2016).

Given the lack of variation in social assistance programs from liberal welfare states, observational population studies should include a broader range of types of welfare regimes to provide empirical evidence about the health impact of various program modalities. In addition, because social assistance programs are just one component of more comprehensive welfare regimes, results from such international comparisons are notoriously difficult to interpret given the number of potential confounding factors. What is needed is a series of experimental pilot studies implemented in various Canadian provinces that would help document various modalities of social assistance programs, given the historical and social conditions in a society. But, as the recent events in Ontario have taught, what is really needed is the political will to find the empirical answer to the question: Is social assistance boosting the health of the poor? With a fall federal election in sight, this could be asked to those who aspire to form the next government.

Louise Potvin, PhD
Editor-in-Chief

Éditorial

Nous publions dans ce numéro un article qui explore les incidences sur la santé des programmes d'aide sociale de l'Ontario, de l'ensemble du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni (Sod-Erdene et coll. 2019). En menant des analyses longitudinales à l'aide d'enquêtes par panel représentatives à l'échelle nationale, menées auprès des ménages dans ces quatre états, les auteurs cherchent à répondre à une question stratégique brûlante : Comme la suffisance des revenus est l'une des conditions fondamentales d'une bonne santé (OMS 2008), est-ce que les programmes d'aide sociale qui complètent les revenus des ménages en situation d'insécurité financière grave dans une société améliorent la santé des membres de ces ménages? Les études antérieures qui utilisaient des enquêtes transversales ont démontré à maintes reprises que la santé des bénéficiaires des programmes d'aide sociale est systématiquement moins bonne que celle des non-bénéficiaires; c'est logique, car le fait de toucher un supplément de revenu d'un programme d'aide sociale est en réalité une variable substitutive au fait de vivre sous le seuil de la pauvreté. Avec leurs analyses longitudinales, les auteurs s'attendaient à pouvoir démontrer que la supplémentation des revenus serait associée à une plus grande probabilité

d'amélioration de l'état de santé durant la période de l'étude. Sans surprise, leurs résultats n'ont pas été différents de ceux des études transversales antérieures : « Les programmes d'aide sociale au Canada et dans des pays comparables ne parviennent pas à améliorer la santé des personnes en situation d'insécurité financière. » [traduction] Bien qu'elle soit relativement solide sur le plan méthodologique, l'étude actuelle comporte encore de nombreuses limites qui empêchent de conclure à l'absence d'effets positifs des programmes d'aide sociale sur la santé. Outre les aspects purement méthodologiques, les résultats de l'étude doivent être examinés à la lumière de questions politiques plus vastes.

La question, à vrai dire, a trait à la générosité des programmes examinés, à laquelle les auteurs font allusion en énumérant les options gouvernementales à envisager. Sod-Erdene et collègues mentionnent trois de ces options : deux sont liées aux critères d'admissibilité, et la troisième, au niveau de prestations associés à ces programmes. On le sait, les États-Unis, le Royaume-Uni et le Canada, d'où proviennent les données de cette étude, comptent parmi les pays dont les régimes de protection sociale libéraux sont les moins généreux et les moins associés à l'amélioration de l'état de santé (Navarro et coll. 2006). Il est très probable que l'absence d'associations empiriques entre les programmes d'aide au revenu et l'amélioration de la santé dans ces pays puisse s'expliquer par les insuffisances des programmes, tant dans leurs critères d'admissibilité trop restrictifs que dans leurs niveaux de prestations peu généreux.

Dans une réanalyse de l'expérience de revenu annuel garanti menée au Manitoba, Forget (2011) a observé une baisse effective des hospitalisations et des visites médicales chez les personnes inscrites au programme comparativement à un groupe témoin. Elle en conclut que même un programme de revenu annuel garanti relativement modeste peut donner lieu à des améliorations de l'état de santé. Malheureusement, à l'exception de l'Ontario (qui a mis fin à son programme avant qu'il ait pu être convenablement évalué), aucune autre province canadienne n'a mené d'étude rigoureuse des effets sanitaires d'un programme d'aide offrant une couverture universelle. Le niveau des prestations est un autre aspect clé. Si les prestations associées aux programmes sociaux ne permettent pas aux bénéficiaires de subvenir à leurs besoins fondamentaux, la probabilité qu'ils procurent des avantages sur le plan de la santé est beaucoup plus faible. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes en disent long sur l'insuffisance des programmes canadiens d'aide sociale. En 2012, seulement 30 % des ménages canadiens pour qui les programmes d'aide sociale étaient la principale source de revenus ont dit être à l'abri de l'insécurité alimentaire, contre 87 % dans l'ensemble de la population. Et quand il s'agit d'insécurité grave, les proportions sont de 29 % pour les premiers et de moins de 3 % pour les seconds (Tarasuk et coll. 2014).

Les programmes d'aide sociale font partie du régime de protection sociale d'un pays, et les différences dans la générosité des programmes d'aide sociale d'une province canadienne à l'autre sont très réduites. En réalité, la tradition libérale du Canada fait qu'il est presque impossible de promulguer et d'appliquer des lois progressistes qui sortiraient de la pauvreté une proportion importante de nos concitoyens. À titre d'exemple, entre 1976 et 2011, la progression des revenus nets d'impôt, en dollars canadiens constants de 2011, a clairement favorisé les revenus élevés. Les personnes appartenant au quintile de revenus supérieur ont vu leurs revenus grimper de 43,5 %, de 60 700 \$ à 87 100 \$, tandis que dans le quintile inférieur, la hausse n'a été que de 27 %, de 12 600 \$ à 16 000 \$, soit d'à peine 3 800 \$ (ICIS 2016).

Étant donné l'absence de variation dans les programmes d'aide sociale des États-providence libéraux, les études d'observation populationnelles devraient inclure une gamme élargie de types de régimes de protection sociale pour en tirer des preuves empiriques des effets des diverses modalités de programmes sur la santé. De plus, comme les programmes d'aide sociale ne sont qu'un élément parmi d'autres de régimes de protection sociale plus vastes, les résultats des comparaisons internationales sont notoirement difficiles à interpréter vu le nombre de facteurs de confusion possibles. Il faudrait mener une série d'études pilotes expérimentales dans plusieurs provinces canadiennes pour documenter les diverses modalités des programmes d'aide sociale, compte tenu des conditions historiques et sociales dans une société. Mais comme les derniers événements en Ontario nous l'ont enseigné, ce qui est vraiment nécessaire, c'est la volonté politique de trouver une réponse empirique à la question suivante : Est-ce que l'aide sociale améliore la santé des pauvres? Avec une élection fédérale en vue à l'automne, il

serait bon de la poser à ceux et à celles qui aspirent à former le prochain gouvernement.

Louise Potvin, Ph.D.

Rédactrice-en-chef

References/Références bibliographiques

- CIHI (2016). Trends in income-related health inequalities in Canada. Technical report. Revised July, 2016. Ottawa: The Canadian Institute for Health Information. https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_en.pdf. Accessed 22 June 2019
- Forget, E. (2011). The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37, 283–305.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, N., & Pasarin, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *The Lancet*, 9540, 1033–1037.
- Sod-Erdene, O., Shahidi, F. V., Ramraj, C., Hildebrand, V., & Siddiqi, A. (2019). Is social assistance boosting the health of the poor? Results from Ontario and three countries. *Canadian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00206-3>.
- Tarasuk, V., Mitchell, A., & Dachner, N. (2014). *Household food insecurity in Canada 2012*. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF) <https://proof.utoronto.ca/wp-content/uploads/2017/05/social-assistance-factsheet.pdf>.
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation; Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=DC8D1133012CE53CEAE77B1C5E7E3A79?sequence=1.

Publisher's note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.