

Crise économique et santé

Note du CES dans le cadre du travail « Stratégies de sortie de confinement »

26 avril 2020

La pandémie du covid-19 ainsi que le confinement mise en place pour enrayer la propagation du virus, limiter les dépassements de capacité d'accueil des services de réanimation, et ainsi limiter les décès, ont des conséquences très importantes sur l'activité économique à court terme. Il est également à craindre que la situation économique ne se dégrade durablement et que l'on assiste à une montée du chômage et un appauvrissement durable et sévère d'une partie importante de la population. La situation nous amène alors nous interroger sur les effets sanitaires à attendre de cette crise économique au-delà de l'épidémie du covid-19.

I - L'influence des crises économiques sur la santé

Contrairement à l'idée reçue, et aux travaux séminaux, notamment de Brenner (1979) utilisant des méthodologies naïves et qui avaient montré un effet délétère des fluctuations économiques et une augmentation de la mortalité durant les périodes de récession, la littérature récente mobilisant des traitements plus fins des données temporelles, montrent que la mortalité et les problèmes de santé ont tendance non pas à s'aggraver mais plutôt à se réduire durant les récessions (voir Jusot, 2012 pour une revue de littérature ; Ruhm, 2000 ; 2003 ; 2007 ; 2015 ; 2016).

Si la mortalité par suicide et les problèmes de santé mentale augmentent pendant les crises, la mortalité pour les autres causes et les autres problèmes de santé diminuent au contraire. Par exemple, la crise de 1929 s'est accompagnée d'une augmentation des suicides aux Etats-Unis mais d'une diminution de la mortalité par accidents et homicides, de la mortalité par maladies infectieuses, parasitaires et dégénératives et par cancer (Fishback et al., 2007).

Les travaux de Ruhm (2000, 2007) sur données américaines montrent ainsi que, sur la période 1972-1991, une augmentation du taux de chômage de 1 point était associée à une réduction d'environ 0,5% du taux de mortalité. Cette relation est la plus forte pour la mortalité par accidents et homicides, mais on observe également une réduction du taux de mortalité par grippe et pneumonie, maladies cardiovasculaires, et maladies coronariennes. L'augmentation du chômage est également associée à une forte diminution de la morbidité aigue et de plusieurs maladies chroniques, comme les maladies ischémiques et les troubles musculo-squelettiques (Ruhm, 2003). La mortalité par cancer est par contre peu affectée par les fluctuations économiques de court terme. Enfin, la mortalité par suicide, seule exception notable, est contracyclique, c'est-à-dire plus importante pendant les périodes de difficultés économiques. Ainsi une augmentation de 1 point du taux de chômage est associée à une augmentation de 1,3% du taux de décès par suicide.

En France, le suivi sur la période 1982-2002 des taux décès et des taux de chômage à l'échelle des départements a permis de montrer une forte corrélation entre mortalité et conditions macroéconomiques, après contrôle des effets temporels et géographiques (Buchmueller et al., 2007). De manière cohérente avec la littérature internationale, une augmentation de 1% du taux de chômage semble ainsi associée à une réduction de 6 décès pour 100 000 habitants. Une augmentation de 1 point du taux de chômage serait également associée à une réduction de 1% de la mortalité cardiovasculaire. Cette étude montre également une forte relation négative entre le taux de chômage et la mortalité par accidents de la route, ou par d'autres accidents, qui comprennent les accidents professionnels.

Aucune relation claire n'a en revanche été trouvée entre le chômage et la mortalité par cirrhose, par cancer ou par suicide.

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer ce constat (voir Jusot, 2012 pour une revue de littérature ; Ruhm, 2000). D'une part, l'intensité du travail est plus importante dans les périodes d'activité économique forte, ce qui augmente les risques de maladies professionnelles et les accidents de travail. Au contraire, la réduction de la durée d'exposition à des conditions de travail dangereuses dans les périodes de baisse d'activité est bénéfique à la santé. De plus, le trafic automobile diminue avec la contraction de l'emploi, ce qui mécaniquement réduit les accidents de la route et la pollution. D'autre part, l'augmentation du chômage et la diminution du temps de travail permettent aux personnes de disposer de davantage de temps libre dans les récessions que dans les périodes de boom économique, la réduction des opportunités d'emploi et de leur niveau de rémunération réduisant en outre le coût d'opportunité du temps. La diminution de l'activité économique augmente ainsi le temps consacré aux soins, à l'activité physique, ou encore à cuisiner afin d'avoir une alimentation plus équilibrée. Le temps consacré aux soins aux personnes âgées est également plus important, ce qui réduirait la mortalité chez les retraités également. La baisse temporaire des revenus induite par la crise pourrait enfin être bénéfique à la santé *via* une réduction de la consommation d'alcool et de tabac. Ainsi, une réduction de 1% de l'emploi est associée à une réduction de 0,6% de la prévalence du tabagisme, de 0,4% de la prévalence de l'obésité et de 0,7% du taux d'inactivité physique et de 1,1% de la prévalence des comportements à risques multiples (Ruhm, 2005).

Les travaux plus récents, explorant notamment les effets de la crise de 2008, suggèrent une diminution de cet effet procyclique de la mortalité aux Etats Unis (Ruhm, 2015) et que l'effet des crises diffèrerait en fonction de leur intensité (Ruhm, 2016). L'expérience islandaise d'une crise économique profonde en 2008 suggère en outre que celle-ci a été associée à une augmentation des problèmes cardiovasculaires (Birgisdottir et al., 2020), malgré une diminution de la consommation d'alcool et de tabac (Ruhm, 2016), et à une diminution des poids de naissance pour les enfants exposés in-utero (Olafsson, 2016). En France, Fontaine et al. (2016) montrent enfin que la crise de 2008 s'est accompagnée d'une augmentation de l'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux - augmentation de l'intensité du travail, des exigences émotionnelles, du manque d'autonomie, des tensions dans les relations de travail, et surtout du manque de reconnaissance – que l'on sait facteurs de nombreux problèmes de santé, notamment de problèmes de santé mentale, de maladies cardiovasculaires ou de troubles musculo-squelettiques.

Enfin, les effets bénéfiques éventuels des crises ne peuvent s'entendre en outre qu'à court terme, et donc ne sont à attendre que si la crise n'est que temporaire et n'est pas associée à une dégradation à long terme du niveau de vie, et que si le système de soins permet de répondre aux besoins durant cette période. Une montée durable du chômage, de l'insécurité professionnelle et une baisse substantielle des revenus risquent en effet de conduire à une augmentation des problèmes de santé et de la mortalité. On peut en particulier craindre une aggravation des inégalités sociales de santé déjà importantes en France, les plus modestes pouvant être davantage exposés aux effets de la crise.

II - L'influence du chômage et de l'insécurité professionnelle sur la santé

De façon générale, la perte d'emploi est associée à une dégradation de la santé à court et long terme. La littérature montre ainsi que la persistance du chômage et de formes récurrentes de non-emploi ont un effet délétère sur la santé, et en particulier les symptômes dépressifs, la surcharge pondérale, la consommation d'alcool et plus généralement la mortalité (voir Barnay et Jusot, 2018 pour une revue de littérature). En France, Blasco et Brodaty (2016) ont étudié l'effet causal du chômage sur la santé mentale et montrent que les hommes qui ont connu plus de 6 mois de chômage entre 2006 et 2010 voient le risque de dépression majeure ou d'anxiété généralisée s'accroître par rapport à ceux qui sont restés en emploi sur toute la période. Ce résultat n'apparaît pas chez les femmes. Une analyse plus

fine démontre que l'indicateur le plus sensible à l'expérience du chômage est l'anxiété et que les hommes de plus de 40 ans sont particulièrement touchés par cette relation causale.

L'insécurité professionnelle est également associée à la santé. La précarisation de l'emploi et notamment le temps partiel subi est particulièrement délétère dans les classes les plus défavorisées, alors que le temps partiel choisi se traduit par des effets positifs sur la santé en particulier parmi les groupes les plus éduqués (Robone, 2011). La peur de perdre son emploi est également un facteur de risque de mauvaise santé. Ferrie et al. (2001 ; 2005) ont ainsi largement démontré les conséquences négatives sur la santé mentale mais également sur de nombreuses pathologies chroniques de l'insécurité professionnelle pendant la période Thatcher en Grande Bretagne. Plus récemment, Caroli et Godard (2016) confirment l'existence d'un effet causal de la peur de perdre son emploi pour un certain nombre de pathologies.

Cet effet du chômage sur la santé passe évidemment par les mécanismes psychosociaux et psychologiques du chômage, mais également par la diminution des revenus, ou la perte de l'assurance complémentaire santé.

III - L'influence des revenus et des épisodes de précarité sur la santé

On observe en France, comme dans l'ensemble des pays européens, une forte croissance de l'espérance de vie avec le revenu (Blanpain, 2018). Cette relation est particulièrement marquée chez les personnes les plus modestes : le passage d'un revenu moyen d'environ 500 euros pour une personne seule à environ 1000 euros est associé à un gain de 3,5 ans d'espérance de vie chez les hommes et de 2,8 ans chez les femmes. La corrélation entre santé et revenu s'observe également pour tous les indicateurs de santé. Ainsi, les 20% des individus les plus pauvres ont un risque doublé d'avoir un mauvais état de santé perçu ou de souffrir de limitations dans leur activités quotidiennes en raison d'un problème de santé par rapport aux 20% des individus les plus riches (Célant *et al.*, 2014). Ce phénomène, connu sous le nom de gradient social de santé, ne se limite pas à un simple effet de la pauvreté. Ainsi en France, l'espérance de vie augmente continûment avec le revenu, même si la relation entre revenu et santé devient de plus en plus faible au-delà d'un niveau de vie équivalent à 3500 euros (Blanpain, 2018). De même, les risques d'avoir une maladie chronique, une limitation d'activité ou une mauvaise santé perçue décroît continument tout au long de la distribution des revenus (Célant *et al.*, 2014).

Plusieurs effets expliquent cette corrélation existante entre revenu et santé : effet causal de la situation sociale (éducation, revenu, emploi, conditions de travail, conditions de vie) sur la santé, effet inverse de la santé sur la réussite scolaire, l'emploi et la carrière, et autres variables pouvant à la fois expliquer le revenu et la santé, comme l'attitude vis-à-vis du risque ou du temps. Cependant, un effet causal du revenu et de la richesse a été établi sur la santé mentale, la santé perçue et plusieurs maladies chroniques (voir Barnay et Jusot, 2018 pour une revue de littérature et Couralet *et al.*, 2005 dans le cas français).

Plusieurs études ont également montré un effet délétère des fluctuations du revenu et des épisodes de précarité, et ce même à long terme. Symétriquement il a été montré des effets bénéfiques sur la santé perçue ou la santé mentale des gains transitoires de revenu, que ces derniers correspondent à des gains de loterie, des transferts de revenus des ascendants, même si les gains supplémentaires de revenu peuvent s'accompagner d'une augmentation des comportements à risque par un simple effet revenu (voir Barnay et Jusot, 2018 pour une revue de littérature).

En France, la survenue au cours de la vie d'épisodes de précarité, c'est-à-dire les difficultés financières pour payer les charges courantes, les épisodes de chômage de plus de 6 mois, et les périodes d'isolement durable, est associée à des problèmes de santé deux fois plus fréquents (Cambois et Jusot, 2011). Les épisodes de précarité vécus pendant l'enfance uniquement sont également associés à l'âge adulte à un risque de 50% supérieur d'être fumeur, en raison d'une initiation tabagique plus fréquente

(Bricard et Jusot, 2012), à un risque deux fois plus élevé d'être obèse pour les femmes (Khlal *et al.*, 2009), et plus généralement à un risque deux fois plus élevé de connaître des problèmes de santé à long terme. Les difficultés dans les parcours professionnels peuvent alors être source d'inégalités des chances en santé pour la génération ultérieure (Jusot *et al.*, 2013).

Le chômage et la perte du revenu peuvent enfin s'accompagner de la perte de la couverture complémentaire d'entreprise et donc d'une augmentation du coût relatif des soins, ce que l'on sait associé à des recours aux soins moins fréquents, à des renoncements aux soins plus fréquents pour raisons financières et à des diagnostics plus tardifs des maladies (Jusot *et al.*, 2019). Par ailleurs, la précarité, les difficultés économiques et l'insécurité financière sont également les principaux déterminants des renoncements aux soins pour raisons financières, indépendamment de la couverture maladie. La probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours de l'année des 4% de la population présentant les plus hauts niveaux de précarité est ainsi 4 fois plus élevée que dans la moyenne de la population. Ces renoncements aux soins concernent dans ce cas, non seulement les soins dentaires et d'optiques, mais également les séances de généralistes et de spécialistes ou les médicaments, et sont associés à une dégradation de l'état de santé (Dourgnon *et al.*, 2012).

IV. Références

Barnay T., Jusot F. (2018), "Travail et Santé", Presses de Sciences Po, Collection Sécuriser l'Emploi.

Blanpain N. (2018), "L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes", Insee Première, 1687.

Birgisdottir K.H. *et al.* (2020), "The effect of the economic collapse in Iceland on the probability of cardiovascular events", *Economics and Human Biology*, 37, <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2020.100861>

Blasco S., Brodaty T. (2016) "Chômage et santé mentale en France" *Économie et Statistique*, vol. 486 (1) : 17-44.

Brenner M.H. (1979), "Mortality and the national economy: a review, and the experience of England and Wales 1936-1976", *Lancet*, II : 568-573.

Bricard D., Jusot F. (2012), "Milieu d'origine, situation sociale et parcours tabagique en France", *Economie Publique*, 28-29 : 169-195.

Buchmueller T., Grignon M., Jusot F., (2007), "Unemployment and Mortality in France, 1982-2002", Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper Series, 2007-04.

Cambois E., Jusot F. (2011), "Contribution of lifelong adverse experiences to social health inequalities: findings from a population survey in France", *European Journal of Public Health*, 21, 5 : 667-673.

Caroli, E. and M. Godard (2016): "Does Job Insecurity Deteriorate Health?", *Health Economics*, Vol. 25, Issue 2 : 131-147.

Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014), "Enquête sur la santé et la protection sociale 2012", Les rapports de l'Irdes, 556.

Couralet P-E, Jusot F., Lengagne P. (2005), "Effets cumulatifs à long terme de l'accès aux soins et du revenu sur les inégalités de santé", Les rapports de l'Irdes, 1629bis.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012), "Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé", *Economie Publique*, 28-29 : 123-147.

Ferrie, J., M. Shipley, K. Newman, S. Stansfeld, M. Marmot, *et al.* (2005), "Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: Potential explanations of the relationship", *Social Science and Medicine*, 60 : 1593-1602.

- Ferrie, J. (2001), "Is job insecurity harmful to health? ", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94 : 71–76.
- Fishback PV, Haines MR, Kantor S. (2007), "Births, deaths and new deal relief during the Great Depression", *Review of Economics and Statistics* 89(1) : 1–14.
- Fontaine, R., Lengagne, P., Sauze, D., 2016. L'exposition des travailleurs aux risques psychosociaux a-t-elle augmenté pendant la crise économique de 2008 ? *Économie et Statistique* 103–128.
- Jusot F. (2012), "Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? ", In : *La crise économique et la santé. Les Tribunes de la santé – Sève*, 36 : 73-80.
- Jusot F., Carré B., Wittwer J. (2019), "Réduire les barrières financières à l'accès aux soins", *Revue Française d'Économie*, 34, 1 : 133-181.
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2013), "Circumstances and Effort: How important is their correlation for the measurement of inequality of opportunity in health? ", *Health economics*, 22, 12 : 1470-1495.
- Khlat M., Jusot F., Ville I. (2009), "Social origins, early hardship and obesity: A strong association in women, but not in men?", *Social Science and Medicine*, 68, 9 : 1692–1699.
- Olafsson A (2016), "Household Financial Distress and Initial Endowments: Evidence From the 2008 Financial Crisis", *Health economics*, 25 (S2): 43-56.
- Robone S., Jones A.M., Rice N. (2011), "Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being", *European Journal of Health Economics*, 12 : 429–444.
- Ruhm C.J. (2000), "Are Recessions Good for Your Health?", *The Quarterly Journal of Economics*, 115 (2) : 617-650.
- Ruhm C.J. (2003), "Good times make you sick", *Journal of Health Economics*, 22 : 637-658.
- Ruhm C.J. (2005), "Healthy Living in Hard Times", *Journal of Health Economics*, 24 (2): 341-363.
- Ruhm C.J. (2007), "A Healthy Economy can break Your Heart ", *Demography*, 44, 4: 829-848.
- Ruhm, C., (2015), "Recessions, healthy no more? " *Journal of Health Economics*, 42 : 17–28.
- Ruhm C.J. (2016), "Health effects of economic crises", *Health economics*, 25, S2 : 6-24.