

# Les effets à court terme des politiques sur la santé

Les crises économiques ont des conséquences sur l'emploi, les conditions de travail et les revenus, avec une aggravation des conditions de vie des personnes les plus fragiles. Si quelques effets positifs sur la santé sont constatés (moins de mortalité par accidents routiers), on constate une détérioration de la santé mentale avec une augmentation des suicides.

## Santé, inégalités sociales de santé et politiques publiques en temps de crise

À peine quelques indicateurs économiques s'améliorent-ils que certains nous expliquent « *pourquoi la prochaine crise sera pire* » [10]. La répétition des crises, difficile à distinguer d'évolutions structurelles profondes de nos sociétés, s'installe dans notre paysage. Les crises historiques, comme la Grande Dépression de 1929, l'influence des déterminants socio-économiques sur la santé et les inégalités sociales de santé (ISS) sur les comportements et sur le fonctionnement du système de santé invitent à se poser la question de la santé et des inégalités sociales de santé pendant une crise. Mais *krisis* renvoie aussi à la décision, au choix, et c'est l'aspect que notre groupe de travail a choisi de privilégier en examinant les conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé des décisions de politiques ou d'action publiques prises du fait de la crise ou justifiées par elle.

Si l'état de santé est globalement bon en France, d'importantes disparités subsistent [44]. Dans une période où la question de la réduction des inégalités sociales de santé et le rôle des déterminants sociaux émergent sur l'agenda politique, l'objectif du rapport

du HCSP de 2016 [43], dont le contenu est approfondi dans ce numéro, est d'examiner les conséquences sur la santé et les inégalités sociales de santé des choix politiques en période de crise. Il s'agit donc d'une démarche d'aide à la décision plus que d'un travail d'expertise sur les effets de la crise.

### Crises économiques, financières et politiques publiques

Une crise économique, souvent définie comme un arrêt de la croissance selon des indicateurs reflétant le niveau de production et d'emploi, devient difficile à isoler, même si elle est repérable statistiquement au sein d'une période longue de changement structurel. Pour certains, en effet, la « crise » dure depuis les années 1970. La période qui nous intéresse débute à l'été 2007 par le retournement du marché immobilier américain, la crise des *subprimes*, et se généralise en quelques mois à l'ensemble des marchés financiers dans la plupart des pays, s'accompagnant d'une chute brutale de la croissance économique et d'un recul du taux de croissance du produit intérieur brut (PIB). Que le terme de crise soit

### Thierry Lang

Directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (Iferiss), université et CHU de Toulouse, président du groupe de travail Inégalités sociales de santé, membre du Collège du Haut Conseil de la santé publique

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 50.



employé ou non, les conséquences ont été importantes et durables sur les marchés du travail et les revenus des actifs. La période 2007-2013 est caractérisée par une augmentation du chômage en 2009, qui est toutefois relativement moins marquée que la chute du PIB pendant la même période. En 2013, 2,8 millions de personnes sont au chômage au sens du Bureau international du travail (BIT). En 2012 et 2013, le taux de chômage des hommes dépasse celui des femmes pour la première fois depuis 1975 : 10 % des hommes actifs sont au chômage vs 9,7 % des femmes actives. Aucune catégorie socioprofessionnelle n'est épargnée en 2013. Mais le chômage des ouvriers non qualifiés est le plus élevé (20,6 %) et il augmente encore fortement dans cette catégorie. Les jeunes sont moins touchés par le chômage de longue durée mais plus fréquemment par une forte récurrence du chômage.

Des politiques ont été mises en œuvre dans le domaine de la santé, de la protection sociale et d'autres secteurs qui ont un impact sur la santé. Certes, elles ont été modifiées, renforcées, discutées, mais les outils utilisés dans la période 2008-2015 sont des outils de régulation et de restructuration du système sanitaire et de protection sociale qui sont, pour une très large part, en œuvre depuis de nombreuses années. Elles n'ont, en tout cas, que peu de caractère spécifique, voire aucun.

### Des crises économiques aux effets sanitaires complexes

L'effet ambigu à court terme des crises sur l'état de santé global de la population a été souligné. Dans aucun pays de l'OCDE n'est observée depuis 2008 de régression de l'espérance de vie à la naissance. Entre 2008 et 2013, l'espérance de vie totale a ainsi progressé de plus d'un an en Grèce et d'un an en France. D'autres données, comme celles de la mortalité infantile, continuent à s'améliorer là où les données sont connues (l'OCDE ne présente pas de données pour la Grèce). Seule une évolution nette a été constatée sur les taux de suicide des personnes de moins de 65 ans dans une partie des pays européens. En France, selon les données de mortalité nationales du CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) de 2000 à 2010, une nette relation entre taux de chômage et taux de suicide a été observée chez les hommes de 25 à 49 ans.

Pendant la Grande Dépression, les taux de mortalité baissent d'environ 10 % aux États-Unis de 1927 à 1937. Cette amélioration de la mortalité est à peu près contemporaine de la baisse des revenus par personne. Les chercheurs ont pu montrer une augmentation des taux de suicide masquée derrière cette baisse du taux de mortalité globale : le suicide étant une cause de mort relativement rare, son accroissement était masqué par la baisse des taux de mortalité liée aux accidents de la route, elle-même liée à la diminution du trafic routier.

L'effet le plus important d'une crise économique concerne la santé mentale, en augmentant le risque de

suicide comme cela a été observé dans de nombreux pays. Les hommes paraissent moins sensibles que les femmes aux effets des crises sur la santé mentale, et la prévalence la plus élevée de troubles de santé mentale a été observée dans les entreprises traditionnellement inégales envers les femmes. Dans les entreprises cherchant au mieux l'égalité hommes-femmes, santé mentale des hommes et des femmes se rejoignent. Quelques études suggèrent un impact sur la santé mentale des enfants, mais également sur la maltraitance à leur égard. Parmi les facteurs favorisant les troubles de santé mentale, figurent au premier chef le fait d'être sans emploi, puis, parmi ceux qui travaillent, certaines méthodes de management tels les objectifs chiffrés fixés aux salariés. À l'inverse, un entretien individuel annuel semble jouer un rôle modérateur. Les salariés des établissements « en crise » ou « restructurés » déclarent également une santé mentale plus fragile que ceux qui travaillent dans des établissements « stables ». La relégation dans des quartiers défavorisés, surtout si elle s'accompagne d'une faible mobilité quotidienne et d'un nombre limité de contacts sociaux, constitue un facteur péjoratif en soi, de même qu'un habitat insalubre (logements mal chauffés par exemple). Mais un système de protection sociale large pourrait jouer un rôle protecteur efficace sur la santé mentale.

Une étude américaine montre une relation inverse entre chômage et mortalité, avec une hausse de 1 % du chômage associée à une baisse de 0,47 % de la mortalité générale. Cette association est observée uniquement chez les très jeunes, les adolescents et les personnes âgées ; il n'y a pas de relation significative chez les personnes âgées de 40 à 50 ans. Si 71 % de la mortalité évitée par l'augmentation du chômage concerne les plus de 80 ans, il s'agit de seulement 7 % pour les personnes âgées de 25 à 64 ans. Cela suggère que d'autres facteurs coïncident avec la hausse du chômage et expliquent la baisse de la mortalité, comme une baisse de la pollution atmosphérique ou une baisse des accidents de transport. Les résultats obtenus à partir de données agrégées sont donc compatibles avec ceux obtenus à partir de données individuelles, les effets délétères de la crise sur les chômeurs pouvant être compensés par des effets positifs chez ceux qui ne sont pas au chômage, et particulièrement chez ceux qui ne sont pas dans la période active de la vie.

### Impact de l'action et des politiques publiques

Comme on le verra dans ce numéro d'*adsp*, la bonne nouvelle est qu'un certain nombre d'éléments de nos politiques publiques, qui composent notre modèle social, ont pu tempérer l'effet de la crise. Aucune mesure n'est cependant spécifique de « la crise ». Celle-ci a pu fournir une justification pour amplifier des modifications structurelles à l'œuvre avant. Les pays développés ont accentué leurs efforts de dépenses sociales au début de la crise qui débute en 2007, mais les politiques se sont durcies depuis 2009. La situation française est

ainsi marquée par des politiques familiales de soutien jusqu'en 2010. Cette situation est plutôt favorable en France par rapport à des politiques plus dures observées dans d'autres pays. Les gouvernements ont amorti une grande partie des effets de la crise sous la forme de transferts sociaux, d'où l'absence de parallèle entre revenu marchand et revenu disponible. De 2007 à 2010, on note une augmentation massive de la pauvreté, qui atteint préférentiellement les jeunes, un peu moins les personnes âgées, ces dernières restant malgré tout plus pauvres que les adultes à l'âge de la vie active. Certaines de ces politiques, par leur développement, peuvent néanmoins rendre difficile un retour en arrière, par un « effet-seuil ». Il en est ainsi de l'Accord national interprofessionnel (ANI) et de l'évolution assurantielle qu'il pourrait induire, aux dépens de la solidarité. À l'inverse, la mise sous conditions de ressources des prestations familiales témoigne d'une volonté d'orientation redistributive de cette politique familiale. De même, la généralisation du tiers-payant est un élément de nature à lever certains obstacles aux soins, qui contribue à la réduction des inégalités sociales de santé en période de crise.

Mais ces politiques doivent aussi considérer l'effet à long terme sur la santé, comme cela sera développé ici à propos de l'enfance et de la prévention de la dépendance. Les effets à court terme d'une crise économique et des choix de politiques publiques sont aujourd'hui bien documentés. Mais il est essentiel de souligner que les effets à long terme de ces choix politiques ne sont pas perceptibles et mesurables, pour des raisons évidentes, bien qu'ils soient prévisibles. En l'état actuel des connaissances, il est possible de les anticiper. On sait de mieux en mieux à quel point l'état de santé des adultes et l'incidence des maladies chroniques sont la conséquence des conditions de vie dans l'enfance. De façon similaire, les caractéristiques du travail et de l'emploi chez les actifs sont susceptibles, à terme, d'impacter la santé des plus âgés, notamment en augmentant leur dépendance. Ces conséquences à long terme concernent l'ensemble de la population. Elles sont aussi susceptibles d'aggraver les inégalités sociales de santé, les personnes disposant le moins de ressources étant plus exposées aux conséquences de ces choix politiques.

La France reste l'un des pays où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et le reste à charge le plus faible. Ce reste à charge des ménages reste globalement stable en France depuis 2006, la moitié étant liée aux dépassements d'honoraires. Mais ce sont les ménages les plus pauvres qui ont le taux d'effort rapporté aux revenus le plus important. L'effet du copaiement, et de son niveau sur l'utilisation des soins, est confirmé par plusieurs études. Un copaiement modeste diminue le recours aux soins pour des symptômes mineurs. S'il est élevé, c'est le recours pour des symptômes graves qui est réduit.

### Effets sur les inégalités sociales de santé

Jusqu'à présent, peu d'études ont analysé le lien entre la crise financière et économique et les inégalités sociales de santé à court terme. Les effets de la crise sur les inégalités de santé semblent cependant très variables selon les pays. Entre 2007 et 2010, dernières données connues à ce jour, la France est, selon l'OCDE, à la fois le pays qui consacre la plus forte proportion de son PIB aux dépenses sociales (y compris lorsque l'on inclut les dépenses sociales privées – assurance maladie complémentaire, notamment – et les avantages fiscaux) et l'un des pays où les inégalités de revenus après transferts sociaux et impôts ont le plus augmenté entre 2007 et 2010.

À long terme, le lien fort entre l'exposition lors de certaines périodes sensibles et l'état de santé quelques décennies plus tard invite à considérer la santé comme un bien durable et donc à développer, en temps de crise, des politiques « qui répondent aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs » pour reprendre les termes d'un rapport de l'ONU sur le développement durable [17]. Les effets à court terme de la période de crise sur les enfants sont connus. La crise économique semble avoir un effet majeur : le nombre d'enfants définis comme pauvres a augmenté de 440 000 entre 2008 et 2012 en France. Ils sont trois millions à vivre dans la pauvreté. Cette situation est préoccupante car la santé des enfants est un enjeu en soi, mais aussi pour la santé des adultes dans quelques décennies, voire pour les prochaines générations. Des politiques familiales ont été mises en œuvre, mais la quasi-inexistence de travaux de recherche sur le lien entre politiques familiales et santé des enfants ne permet guère d'en quantifier les effets.

### En conclusion

La crise économique a pour conséquence d'aggraver les conditions de vie des personnes et des populations disposant le moins de ressources sociales, économiques, financières ou culturelles. Il est donc nécessaire de développer ou renforcer les politiques palliatives et redistributives.

Les politiques devraient s'appuyer sur les effets à court terme, mais aussi sur les effets induits sur le long terme, notamment sur deux points : l'enfance et la prévention de la dépendance. Il est aujourd'hui établi que les conditions de vie dans l'enfance, et même avant la naissance, impactent la santé des adultes, donc avec un délai de plusieurs décennies. De façon comparable, le niveau de dépendance des personnes âgées dans les décennies à venir se construit par les politiques de protection de la santé chez les adultes et la population en activité, et particulièrement dans le domaine de la santé au travail. La santé apparaît de plus en plus comme un bien commun, partagé, engageant l'avenir ; en d'autres termes, les décisions politiques devraient s'inscrire dans une perspective de « santé durable ». L'apport du Comité interministériel pour la santé pourrait être déterminant dans ce contexte. ●●●

Pour les membres du groupe de travail du HCSP : Gérard Badéyan, Chantal Cases, Pierre Chauvin, Isabelle Grémy, Virginie Halley des Fontaines, Florence Jusot, Anne Laporte, Pierre Lombrail, Gwenn Menvielle, Frédéric Pierru, François Puisieux, Sylvie Rey, Jean Simos, Béatrice Tran, Laurent Visier.