L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé

Nicolas DA SILVA [1]

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état de santé ? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques d'austérité dans de nombreux pays européens, spécialement à partir de 2010 lorsque la crise de l'endettement privé s'est muée en crise de l'endettement public. L'austérité n'est pas aveugle et les coupes budgétaires ont d'abord concerné les budgets sociaux tels que l'éducation et la santé qui représentent à eux deux en France près de 18 % du produit intérieur brut (PIB) (Ires, 2010, 2014). Dans ce contexte, l'une des questions majeures pour les chercheurs

1. Université Paris 13, Centre d'Économie de Paris Nord (UMR 7234), niconds@hotmail.fr. Une partie des développements présentés ici ont bénéficié d'un contrat de recherche financé par le Centre Henri-Aigueperse/UNSA-Éducation ainsi que par la Maison de sciences de l'homme de Paris Nord et ont été publiés dans le rapport « L'utilité sociale de la dépense publique » en 2016 (Batifoulier *et al*., 2016). L'auteur tient à remercier les membres de l'Ires, tant pour leur contribution à l'amélioration de ce texte que pour leur défense d'un modèle alternatif de valorisation de la recherche. L'auteur reste seul responsable des imperfections subsistantes.

et les acteurs politiques (gouvernants, syndicats, associations, citoyens, etc.) porte sur l'effet des conditions macroéconomiques (cycle économique et politique économique afférente) sur l'état de santé de la population. Il ne s'agit ni plus ni moins que d'évaluer la pertinence de la politique publique à l'aune de ses implications sur la santé.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, le lien entre crise, austérité et santé n'est pas simple. La causalité entre ces différents phénomènes trouve des réponses relativement contradictoires dans la littérature académique. Deux grands courants s'opposent.

Dominée par des économistes, une première littérature déjà ancienne montre qu'un retournement du cycle économique a des effets bénéfiques sur l'état de santé. Le principal représentant de ce courant est l'économiste Christopher Ruhm (2000, 2016) qui a structuré le champ à partir d'études empiriques démontrant que, mis à part le taux de suicide, l'ensemble des variables utilisées pour indiquer l'évolution de l'état de santé sont procycliques (dont la mortalité). Lorsque les indicateurs économiques croissent (décroissent), la mortalité croît (décroît). L'augmentation du chômage induirait une baisse de la mortalité et de la morbidité.

Face à cette littérature, ou plutôt à côté d'elle, un nouveau champ de recherche issu principalement de la santé publique s'attache à reformuler la problématique. Au lieu de s'interroger sur le lien entre crise et santé, elle propose d'étudier le lien entre réponse politique à la crise et santé. Au-delà des effets causés par la crise, la réponse politique à la crise – conçue comme le choix entre austérité et relance – peut être déterminante pour l'état de santé de la population. Le livre de David Stuckler et Sanjay Basu (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, peut être considéré comme un symbole de ces recherches. D'après eux, si l'austérité tue, la relance dans des programmes sociaux (notamment de santé) permet de sauver des vies.

Le fait que ces deux littératures ne se parlent pas et qu'elles ne se posent pas tout à fait la même question de recherche renforce la difficulté à comprendre l'impact de la situation économique présente sur la santé. L'étude de la relation crise/santé ne se confond pas avec celle de la relation austérité/santé. Or, si la séparation des questions de recherche a du sens d'un point de vue méthodologique, il apparaît risqué et trompeur dans le contexte actuel de ne pas poser les deux problèmes simultanément. C'est en ce sens que l'on peut interpréter le commentaire des éditeurs d'un numéro spécial de la revue *Health Economics* pour qui l'étude des effets de la crise et des coupes budgétaires sur la santé est une « question brûlante [2] » (García-Gómez *et al.*, 2016:3).

2. « *Hot issue* ».

En effet, les études qui nous intéressent ici peuvent refonder la légitimé de l'intervention publique. Le contexte actuel est marqué par un dénigrement systématique de la dépense publique et de l'action collective (État et Sécurité sociale). Plus largement, les indicateurs de richesse habituels (comme le PIB) souffrent de contestations importantes. Les nouvelles formes de l'action publique, souvent regroupées sous le vocable (imparfait) de nouveau management public, génèrent des effets pervers de plus en plus documentés. Dès lors, il apparaît nécessaire de refonder la légitimité de l'intervention publique et la santé paraît faire partie des critères pertinents. La santé est une aspiration largement partagée à travers les sociétés ; le philosophe Paul Ricœur la qualifie de « modalité propre du bien vivre ». S'il est possible de montrer qu'en situation de crise, une politique publique spécifique (relance ou austérité) permet d'améliorer l'état de santé de la population, alors cette politique publique pourrait recevoir l'approbation d'une large partie des citoyens.

Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé. Proposer une revue de la littérature exhaustive sur cette problématique relèverait du tour de force tant les obstacles méthodologiques sont importants. Les recherches autour de ces questions sont menées dans le cadre de disciplines différentes, de méthodologies très variées, avec des indicateurs de santé distincts, etc. Plus modestement, il s'agit ici de réunir dans un même article deux types de littérature qui s'ignorent pour en retirer des enseignements sur l'articulation des phénomènes de crise, austérité et santé.

Dans la première partie, nous présentons la littérature, essentiellement économique, sur les effets du cycle économique sur la santé, le résultat principal étant que la mortalité est procyclique (I). Dans la seconde partie, nous étudions les enseignements de la littérature, principalement en santé publique, s'intéressant aux effets de l'austérité et de la relance sur la santé. Pour les protagonistes de ces recherches, quand l'austérité tue, la relance sauve des vies (II). La troisième partie propose un critique empirique et théorique de ces deux littératures dans le but de construire quelques pistes permettant de comprendre leurs résultats contradictoires (III).

I. Cycle économique et santé : une relation procyclique ?

Dans la première section nous rappelons la relation ambivalente entre hausse des revenus et état de santé (I.1). Ensuite, nous synthétisons les résultats empiriques montrant que la mortalité et la morbidité sont procycliques (elles croissent lorsque l'économie croît, et inversement) (I.2). Enfin, nous nuançons ces derniers résultats par des études plus récentes prenant en compte le niveau de sévérité du retournement du cycle économique (I.3).

I.1. La relation entre revenu et santé : l'effet de la transition épidémiologique

Les premiers travaux des économistes laissent supposer un impact positif [3] de la croissance des revenus sur la santé (Ulmann, 1999). La hausse de la richesse par tête permet une amélioration des conditions de vie qui génère une amélioration directe des déterminants de la santé de la population : meilleure alimentation, plus grande qualité des logements, meilleure hygiène de vie, etc. Plus indirectement, la croissance coïncide avec une plus grande intervention de la sphère publique pour favoriser l'accès aux soins : construction d'hôpitaux, de centres de soins, mise en place de systèmes de protection contre les grands risques de la vie (maladie, vieillesse, accident du travail, chômage, etc.).

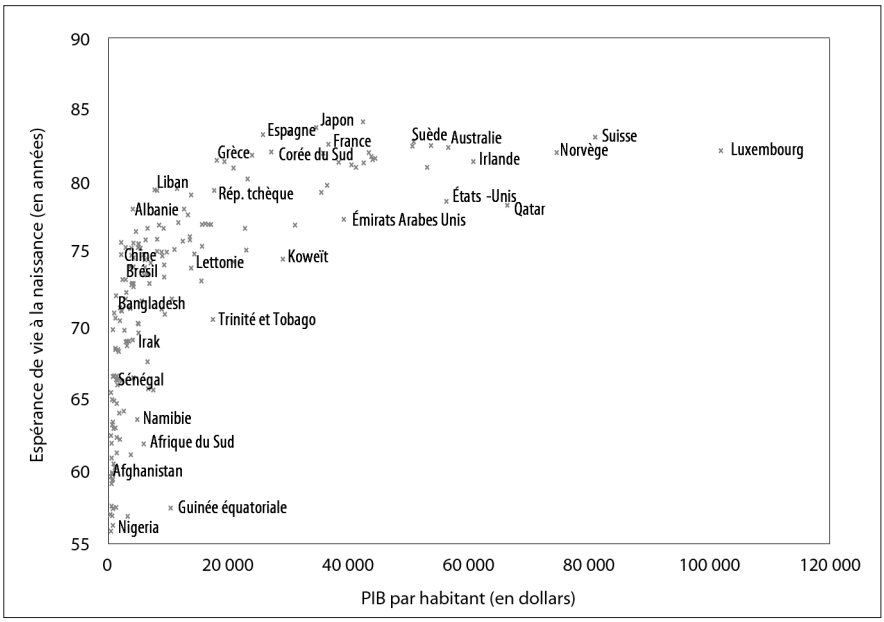
On peut rapprocher ces travaux de ceux de santé publique sur l'évolution de l'espérance de vie dans le temps et, plus précisément, sur le concept de transition épidémiologique (ou transition sanitaire). La transition épidémiologique constitue un moment précis des sociétés humaines durant lequel la mortalité chute considérablement et les causes de celle-ci se modifient radicalement (Robine, 2001 ; Preston, 1975). Avec la croissance économique, l'amélioration des services de santé et, principalement, l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation permettent aux populations de ne plus souffrir massivement de maladies infectieuses. Les causes de la mortalité évoluent alors vers les maladies chroniques, les maladies dégénératives et les accidents (notamment les accidents de la route). Selon la définition liminaire d'Abdel Omran (1971), il est possible de distinguer trois phases de la transition épidémiologique : l'âge de la peste et de la famine, avec une espérance de vie de l'ordre de 30 ans ; l'âge du recul des pandémies, durant lequel le recul des maladies infectieuses accroît l'espérance de vie à 60 ans ; l'âge des maladies dégénératives et des maladies fabriquées par les hommes, où l'espérance de vie tend vers un plafond indépassable. Le graphique 1 permet de montrer clairement l'existence d'une relation croissante et concave entre l'espérance de vie en années et le niveau du revenu national par tête. Après la transition épidémiologique, l'augmentation du niveau de vie n'explique plus l'amélioration de l'espérance de vie [4].

Si l'on remarque des différences entre pays, à l'intérieur de chaque pays, indépendamment de sa situation par rapport aux autres, on observe ce que l'on appelle un gradient social de santé : les personnes en bas de

3. Lorsque l'on parle d'un impact négatif ou positif d'une variable sur une autre, il ne s'agit pas d'un jugement de valeur mais d'une relation, respectivement décroissante ou croissante. Ainsi, dire que la crise a un impact positif sur la mortalité ne signifie pas que nous nous réjouissons de cet impact mais que celui-ci est croissant : la crise engendre une hausse de la mortalité.
4. Sur cette question on pourra se reporter aux travaux pionniers de Samuel Preston (1975). Pour des références plus récentes, les travaux autour de Richard Wilkinson paraissent incontournables (Wilkinson, 2010 ; Wilkinson, Pickett, 2009, trad. fr. 2013).

la hiérarchie sociale sont en moins bonne santé que celles qui sont en haut [5]. Par exemple, en France, sur la période 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre est de 51,7 ans contre 48,7 ans pour une femme ouvrière, selon une étude de l'Insee (Blanpain, 2011). La différence entre catégories socioprofessionnelles est encore plus marquée pour les hommes : à 35 ans l'espérance de vie d'un homme cadre est de 47,2 ans contre 40,9 ans pour un homme ouvrier, soit plus de 6 ans d'écart.

Graphique 1. Espérance de vie et revenu par tête en 2015



Sources : données Banque mondiale, calculs de l'auteur.

Les études sur le sujet montrent que s'il existe bien une relation croissante entre revenu et santé, cette relation n'est pas linéaire comme on pourrait le penser. À partir d'un certain niveau de développement économique dans un pays, l'augmentation du revenu national n'apporte pas d'amélioration significative de l'espérance de vie. Les différences d'espérance de vie à l'intérieur des pays paraissent quant à elles liées aux écarts de revenu et non au niveau absolu du revenu lui-même. La question qui nous intéresse désormais est de savoir dans quelle mesure le lien entre crise économique

5. Paradoxalement, le lien entre état de santé et richesse est non significatif entre les pays riches mais il est très significatif à l'intérieur de ces pays. Ceci plaide pour une interprétation en termes de revenu relatif. Dans cette perspective, ce qui compte ce n'est pas tant le niveau de richesse absolue mais le niveau de richesse relatif. Le revenu n'a pas de qualité intrinsèque, il vaut en tant que marqueur de la position sociale dans les sociétés. Cette interprétation coïncide avec les conclusions dominantes des travaux sur la mesure de la pauvreté qui plaident pour l'usage d'un indicateur relatif et non absolu (Fleurbaey *et al.*, 1998).

et santé est symétrique à ces premiers résultats : est-ce que le recul du niveau de vie engendre une détérioration de l'état de santé ?

I.2. La relation procyclique entre cycle économique et santé

Au cours du XX^{e} siècle, les travaux les plus influents de la littérature sur la relation entre cycle économique et santé ont été d'abord conduits par Harvey Brenner (1971, 1979, 1987). Dans une étude sur l'État de New York et l'ensemble des États-Unis entre 1900 et 1967, il observe que le ralentissement économique (mesuré par le taux de chômage non agricole) lors de l'année n augmente le nombre de maladies du cœur à l'année n+2 (Brenner, 1971). Sans réussir à en donner une preuve statistique, selon lui ce phénomène pourrait s'expliquer par la détérioration de la santé psychologique des individus (notamment à cause du chômage) et par le moindre recours aux services de santé (lié à la baisse des revenus). L'auteur confirme la relation négative entre retournement économique et état de santé dans une autre étude portant sur l'Angleterre et le pays de Galles entre 1936 et 1976 (Brenner, 1979). D'après l'auteur, si à long terme la croissance économique explique la réduction de la mortalité, les fluctuations de court terme de la croissance économique jouent en sens inverse : lorsque la croissance est subitement forte (faible), le taux de mortalité décroît (croît) tout aussi subitement. La mortalité serait contracyclique.

Les travaux de Brenner ont largement été remis en cause pour des raisons méthodologiques (Ruhm, 2012). Les résultats sont peu robustes et particulièrement sensibles au choix des pays, des périodes et des variables sanitaires étudiés. D'autres travaux utilisant les mêmes techniques statistiques trouvent des résultats inverses (par exemple sur le cas des États-Unis, Eyer, 1977). Avec la perte de légitimité des analyses en série temporelles, les travaux de l'économiste Christopher Ruhm fondés sur des données de panel constituent aujourd'hui la plus grande autorité sur la question (Jusot, 2012). Or, ses résultats vont dans le sens inverse de ceux de Brenner.

L'une des premières études adoptant cette méthodologie porte sur le cas des États-Unis entre 1972 et 1991 (Ruhm, 2000). La variable de « crise » est approximée par le taux de chômage et les variables d'état de santé sont les suivantes : tumeur maligne, maladie cardiovasculaire, pneumonie et grippe, maladie chronique du foie et cirrhose, accident de véhicule motorisé, autres accidents, suicide, homicide, mortalité infantile (dans la première année de vie), mortalité néonatale (dans les 28 premiers jours de vie). Ruhm montre que huit causes de décès étudiées sur dix sont procycliques : elles vont dans le même sens que la conjoncture économique. La santé s'améliore quand l'économie se détériore temporairement. La corrélation est positive uniquement pour la variable suicide. Pour l'ensemble de l'échantillon, un point d'augmentation du taux de chômage décroît le

taux de mortalité d'environ 0,5 %, soit 4,6 pour 100 000. Cela représente 0,5 % de la mortalité moyenne, qui s'élève à 879,8 pour 100 000. L'augmentation des revenus est aussi corrélée positivement à l'augmentation de la mortalité : une hausse de 1 000 dollars de revenus produit une hausse de la mortalité de 0,4 à 0,6 %. La relation négative est confirmée même lorsque l'auteur étudie séparément les États à forte croissance et ceux à faible croissance.

Depuis cet article fondateur, de nombreux autres travaux utilisant la même méthodologie sur d'autres échantillons ont trouvé des résultats similaires. Par exemple, une étude sur 23 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) sur la période 1960-1997 a démontré l'effet néfaste de la croissance de l'emploi sur la santé (Gerdtham, Ruhm, 2006). Indépendamment des caractéristiques propres des pays, une baisse d'un point de pourcentage du chômage aurait un impact croissant de 0,4 % sur la mortalité, de 0,4 % sur les décès liés à des maladies cardiovasculaires, de 1,1 % sur les grippes et pneumonies, de 1,8 % sur les maladies du foie et de 2,1 % sur les accidents de la route. Aucun effet n'est trouvé pour les cancers et l'effet contracyclique trouvé sur le suicide est peu important. En outre, les auteurs montrent que dans les pays avec de fortes protections sociales, la mortalité reste procyclique mais est atténuée. Une diminution du chômage d'un point de pourcentage causerait une hausse de la mortalité de 0,9 % dans les pays avec les plus faibles niveaux de couverture contre 0,5 % dans les pays à niveau de couverture intermédiaire et 0,3 % dans les pays à fort niveau de couverture [6]. De nombreuses autres références confirment la dimension procyclique de la mortalité (Granados, 2005 ; Buchmueller *et al.*, 2007 ; Ariizumi, Schirle, 2012 ; Gonzalez, Quast, 2011).

À partir de ces résultats, les chercheurs s'intéressent aux différentes causes probables de la procyclicité de la mortalité. Dans son article de 2000, Ruhm explore l'hypothèse selon laquelle l'évolution des styles de vie en situation de crise impacterait l'état de santé. Pour cela, il utilise une base de données sur les comportements à risque et sur la prévention concernant entre 50 000 et 114 000 individus dans 34 États sur la période 1987 à 1995. L'auteur observe que l'usage de tabac est très procyclique : une augmentation d'un point de pourcentage du chômage réduit le nombre de fumeurs de 0,3 point de pourcentage. De la même façon, il montre que le chômage est associé à une réduction de l'indice de masse corporelle et une hausse du nombre de personnes déclarant pratiquer une activité sportive – réduisant ainsi le risque d'être en surpoids ou obèse.

6. La classification en trois groupes repose sur la part des dépenses socialisées dans le produit intérieur brut.

Un article de 2013 sur des données américaines illustre à quel point les effets de la variation du niveau de chômage sur les comportements à risque sont importants (Xu, 2013). Le niveau des salaires et le nombre d'heures travaillées par semaine sont associés à une augmentation de la consommation de tabac. Une hausse du salaire horaire réel d'un dollar causerait une hausse de 3,5 % du tabagisme (voir aussi Goel, 2014). Sur la relation entre temps de travail et état de santé, une étude récente sur un échantillon de 13 544 personnes aux États-Unis montre que, pour les métiers considérés comme non fatigants, 10 heures de travail supplémentaires engendrent une augmentation de l'indice de masse corporel de 0,424 pour les femmes et 0,197 pour les hommes (Abramowitz, 2016). L'effet observé est moins intense lorsque le temps de sommeil est plus élevé et il est plus intense lorsque le temps de travail devant écran est plus grand. À partir d'un échantillon de 112 000 personnes aux États-Unis entre 2003 et 2010, Colman et Dave (2013) montrent qu'une hausse d'un point de pourcentage de l'emploi engendre une réduction du temps pour l'exercice physique d'environ 0,27 minutes par jour. Pour prendre un dernier exemple, French et Gumus (2014) étudient l'impact du cycle économique sur les accidents de la route entre 1988 et 2010 : les auteurs confirment les résultats de cette littérature selon laquelle les accidents de la route sont procycliques (Miller *et al.*, 2009).

Dans l'ensemble, les études économiques convergent pour confirmer la dimension procyclique de la mortalité et de la morbidité (à l'exception notable des suicides), l'explication principale étant l'augmentation des comportements à risque pendant les phases d'expansion (tabagisme, alimentation, activité physique, etc.).

I.3. Des résultats remis en cause depuis la crise de 2007 ?

Les recherches à propos de l'impact de l'activité économique sur la santé se sont récemment renouvelées en raison de l'importante crise que nous connaissons depuis 2007. Un symbole de ce renouvellement est la parution en novembre 2016 d'un numéro spécial de la prestigieuse revue *Health Economics* intitulé « Consequences of the Economic Crisis on Health » (García-Gómez *et al.*, 2016). L'article ouvrant ce numéro spécial est signé par Christopher Ruhm (2016). L'originalité de cet article consiste à prendre en compte l'expérience de presque 10 ans de crise économique : dans quelle mesure les connaissances accumulées sur la relation entre activité économique et santé sont-elles remises en cause par une crise dont la gravité est singulière ?

Jusqu'à maintenant les analyses se fondaient sur des fluctuations du niveau de chômage assez peu intenses. N'est-il pas possible que les fluctuations standards aient des propriétés différentes de celles des fortes

fluctuations connues depuis 2007 ? Les variations de l'activité n'ont peut-être pas un impact linéaire sur l'état de santé. La baisse d'un point de pourcentage du taux de chômage n'a certainement pas le même effet pour un taux de chômage initial de 6 % et pour un taux de chômage initial de 15 %.

La relation entre activité économique et santé doit alors être examinée à nouveau en distinguant ce qui relève de fluctuations standards et de fluctuations plus intenses, dont une définition acceptable serait la récession. Étant donnée la nouveauté de la problématique, peu de travaux s'intéressent spécifiquement aux périodes de récession. Les quelques travaux existants confirment timidement la dimension procyclique de la mortalité (Granados, 2005 ; Toffolutti, Suhrcke, 2014 ; Tekin *et al.*, 2013). Par exemple, une étude sur les pays de l'OCDE entre 1997 et 2011 montre que le chômage est corrélé négativement avec la mortalité (van Gool, Pearson, 2014). Les auteurs nous avertissent néanmoins que les résultats obtenus sont moins probants que les travaux précédents. Plus étonnant, l'étude de Brainerd et Cutler (2005) sur la transition de la Russie après le démembrement de l'URSS montre que, en plus d'une forte récession économique, l'espérance de vie des hommes et des femmes a dramatiquement chuté entre 1989 et 1994, respectivement de 6,6 ans et de 3,3 ans.

Christopher Ruhm propose dans son article de 2016 de prendre en compte les différences entre les variations standards et intenses du cycle économique. À partir de données américaines sur la période 1976-2013, l'auteur définit quatre périodes de récession importantes connues par les États avec deux niveaux d'intensité différents : 1980-1982 (sévère), 1990-1991 (moyen), 2001 (moyen), 2007-2009 (sévère). Les résultats économétriques valident la relation procyclique entre chômage et mortalité. Une augmentation d'un point de pourcentage du chômage conduirait à une baisse de la mortalité de 0,5 % Par ailleurs, l'auteur montre que la mortalité baisse plus fortement pendant les récessions sévères que pendant les récessions modérées et que le taux de mortalité semble atteindre un creux au moment du pic de chômage.

À partir de cette étude, les conclusions de Christopher Ruhm sont relativement peu nuancées. Le nouvel enjeu lié à la gravité de la crise conduirait à une même réponse : la mortalité serait toujours procyclique. Cependant, les études citées plus haut invitent à la méfiance. Les travaux sur ces périodes spécifiques sont encore peu nombreux et on trouve des arguments contradictoires. Ainsi, d'autres articles dans le numéro spécial de *Health Economics* évoquent des résultats bien plus alarmants. L'un d'entre eux montre que la crise économique en Islande a conduit à une réduction des naissances et même à une augmentation de maladies néonatales (Olafsson, 2016). Bellés *et alii* (2016) montrent dans le cas de l'Espagne (1987-2012) que si la hausse du taux de chômage réduit la prévalence de l'obésité chez

les enfants de moins de 6 ans et de plus de 12 ans, elle augmente la probabilité de maigreur et/ou de dénutrition chez les enfants. Dans ces conditions, il paraît important d'attendre de nouveaux résultats avant de conclure qu'en période de récession intense rien ne change. La méfiance est d'autant plus recommandée que, parallèlement aux travaux réalisés dans le sillage de Christopher Ruhm, d'autres chercheurs montrent l'impact délétère de l'austérité sur l'état de santé lors d'un retournement du cycle économique.

II. Politique publique et santé : l'austérité tue ?

Face aux études présentant le fléchissement de l'activité économique comme une aubaine pour la santé de la population, un large champ de la littérature en santé publique propose de renouveler la problématique. Plutôt que de s'intéresser à l'impact des fluctuations économiques sur la santé, il s'agirait d'étudier l'impact des réponses politiques aux fluctuations économiques sur la santé. Autrement dit, quelle politique publique entre l'austérité et la relance est la mieux à même de protéger la santé de la population lors d'un retournement économique ? D'après Stuckler et Basu (2013, trad. fr. 2014), auteurs majeurs dans ce champ, la réponse est limpide : si l'austérité tue, la relance sauve des vies.

Afin d'introduire le propos, cette section commence par interroger les liens bien établis entre insécurité économique et santé (II.1). Ensuite, plusieurs cas d'étude historique sur le lien entre austérité et santé sont évoqués (II.2). Enfin, nous revenons sur la littérature analysant les conséquences sanitaires de la crise économique commencée en 2007-2008 comme le résultat d'un choix politique délibéré (II.3).

II.1. Les liens entre insécurité économique et état de santé

Les effets de l'insécurité économique sur l'état de santé sont bien documentés. Lorsque les individus vivent une telle situation, ils ont tendance à être plus malades et à mourir plus rapidement que les autres. Parmi d'autres facteurs, on souligne ici l'impact du chômage, du logement et des assurances santé.

Le chômage constitue probablement l'une des plus grandes causes d'insécurité économique. Si la perte d'un emploi signifie souvent la perte d'une source de revenu, les effets du chômage sont aussi non monétaires lorsqu'ils détériorent l'état de santé de ceux qui en sont victimes (Roelfs *et al.*, 2011 ; Meneton *et al.,* dans ce numéro). Pour ne prendre qu'un exemple, Browning et Heinesen (2012) ont démontré à partir de données danoises sur la période 1980-2006 que la perte d'emploi liée à une fermeture d'usine augmente très significativement le risque de surmortalité et d'hospitalisation pour les hommes. Le risque de surmortalité est supérieur de 79 %

l'année du licenciement, de 35 % à quatre ans, de 17 % à dix ans et de 11 % à 20 ans. En extrapolant à partir d'une population de 10 000 hommes licenciés, en quatre ans 140 hommes meurent contre 104 hommes s'il n'y avait pas eu de licenciement. Dans un registre un peu différent, l'étude de Marcus (2013) souligne que lorsqu'un membre du couple perd son emploi, il n'est pas le seul à en subir des conséquences en termes de dégradation de santé mentale. À partir de données sur l'Allemagne entre 2002 et 2010, l'auteur montre qu'un an après l'entrée dans le statut de chômeur, la prévalence des problèmes de santé mentale de l'individu licencié s'accroît de 27 % et de 18 % pour l'autre membre du couple.

Concernant le logement, la crise économique de ces dernières années a donné lieu à un nouveau champ de recherche portant sur la problématique des saisies immobilières. L'étude de Bennett *et alii* (2009) constitue l'une des premières sur le sujet à partir du cas américain. En 2008, à la suite de la crise des *subprimes*, plus de 2 millions de personnes ont été affectées par une saisie, soit une augmentation de 225 % depuis 2006. La saisie est un évènement stressant qui s'étale sur une longue période entre les difficultés financières liminaires et la saisie proprement dite. Cette dernière s'accompagne souvent d'autres évènements qui produisent un effet boule de neige : perte d'emploi, divorce, etc. En réponse à ce stress, il a pu être observé l'augmentation des pratiques à risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, la prise de poids et, parallèlement, la réduction du recours aux soins préventifs et chroniques. McLaughlin *et alii* (2012) ont montré que dans la ville de Détroit (Michigan), les saisies immobilières sont corrélées avec les symptômes caractéristiques de la dépression et de l'anxiété généralisée. Entre 2008 et 2010, les personnes victimes de saisie avaient 2,4 fois plus de risques d'être en forte dépression et 1,9 fois plus de risques d'être atteintes d'anxiété généralisée. À partir d'une analyse sur l'Arizona, la Californie, la Floride et le New Jersey, Currie et Tekin (2015) confirment l'existence d'un lien causal allant de la saisie aux problèmes de santé (et non l'inverse). Ils estiment que pour chaque saisie supplémentaire par 100 000 habitants, 1,5 visite supplémentaire aux urgences est à prévoir (problèmes cardiaques, cancers, maladies mentales et visites « évitables » liées à une absence de prévention). Une saisie supplémentaire par quartier engendre 0,783 visite supplémentaire à l'hôpital. En reprenant le chiffre de 2,82 millions de saisies en 2009, les auteurs estiment à 2,21 millions le nombre de visites causées par les saisies, soit un coût supplémentaire pour la collectivité de 5,57 milliards de dollars (soit en moyenne 2 521 dollars, ou 2 112 euros, par visite).

En plus du chômage et des problèmes de logement, un grand nombre d'autres insécurités économiques ont un impact négatif sur l'état de santé des individus. Parmi elles, le fait d'avoir une assurance santé est un critère

discriminant. Encore une fois, le cas le plus évident est donné par les États-Unis : jusqu'en 2014, 13 % de la population vivait sans couverture santé. Avec la récession consécutive à la crise des *subprimes*, 6 millions de personnes ont perdu leur emploi et la couverture santé afférente. Or, en 2009, le risque de mourir prématurément était plus élevé de 40 % parmi les personnes sans assurance maladie par rapport aux personnes avec et 35 000 décès auraient pu être évités avec une couverture santé adéquate (Wilper *et al.*, 2009). Selon Lusardi *et alii* (2011), c'est aux États-Unis que le non-recours aux soins s'est le plus accru pendant la crise, avec une hausse de 19,5 %, contre 6,6 % en France, 3,6 % en Allemagne et 0,3 % au Royaume-Uni. Ces résultats s'expliquent probablement par le fait que les restes à charge sont plus élevés aux États-Unis, plus faibles en Allemagne et en France et nuls au Royaume-Uni. Dans le cas français, Didier Tabuteau (2013) parle néanmoins d'« insécurité tarifaire » pour décrire la difficulté croissante des malades à accéder aux soins. Or, en France comme ailleurs, le renoncement aux soins pour raisons financières dégrade l'état de santé (Dourgnon *et al.*, 2012).

II.2. Des exemples historiques sur l'impact dévastateur de l'austérité

S'ils sont nombreux depuis la crise de 2007, les travaux concernant l'impact de l'austérité sur la santé font aussi l'objet de discussions sur des cas historiques. Trois exemples principaux peuvent être mentionnés : le New Deal, la crise asiatique et la transition postsocialiste.

Lors de la Grande Dépression des années 1930 aux États-Unis, le chômage décuple, passant de 1,5 million à 15 millions et la dette nationale passe de 180 % à 300 % du PIB entre 1929 en 1932. Face à cette crise économique sans précédent, les projets du New Deal sont ambitieux : construction d'infrastructures, interdiction des expulsions, bons de nourriture, construction d'hôpitaux, financement de vaccins, aide aux personnes âgées, etc. Mais le retournement économique a eu des effets sur la santé publique très hétérogènes en raison des réponses politiques singulières dans chaque État. Ces derniers, en complément de la politique fédérale commune, ont conservé une marge d'autonomie importante avec des budgets propres conséquents. Ainsi, les États démocrates (proches du Président Roosevelt) ont en moyenne dépensé plus que les États contestataires. Cette différenciation permet d'étudier l'impact des politiques publiques sur l'état de santé (Fishback *et al.*, 2007 ; Stuckler *et al.*, 2012). La Louisiane a ainsi dépensé près de 50 dollars par habitant contre « seulement » la moitié pour le Kansas et la Géorgie. Or, les études sur cette période montrent que pour 100 dollars dépensés dans le New Deal, 18 morts pour cause de pneumonie pour 100 000 sont évitées, 18 morts infantiles pour 1 000 sont évitées et 4 suicides pour 100 000 sont évités. Chaque dollar de relance était susceptible de sauver des vies.

La crise asiatique des années 1990 constitue un autre cas d'étude de la relation entre austérité et santé (Stuckler, Basu, 2013, trad. fr. 2014). Alors qu'au début des années 1990, la Thaïlande, l'Indonésie et la Malaisie ont connu une croissance régulièrement supérieure à 5 % par an, en 1997 l'économie de cette région s'effondre. Le taux de change chute brutalement, le prix de la nourriture double et la dette publique s'envole. En un an, le taux de pauvreté indonésien passe de 15 à 33 %. En réponse à cette situation, le Fonds monétaire international (FMI) propose une série de prêts visant à stabiliser la situation en échange de l'application d'une politique d'austérité. Si la Thaïlande et l'Indonésie acceptent ce traitement de choc, la Malaisie refuse l'aide du FMI et, au contraire, met en place un programme de relance. Les dépenses de santé en Thaïlande sont réduites de 15 % en 1998 et de 13 % en Indonésie. Ces coupes entraînent une réduction de l'accès aux soins, une pénurie de médicaments et la fermeture de centres de santé. Le taux de suicide croît de plus de 60 % en Thaïlande. Une famine importante frappe la Thaïlande et l'Indonésie, ce qui cause une augmentation de 22 % de l'anémie chez les femmes enceintes en Thaïlande, une baisse du poids moyen des nouveaux-nés, une hausse de mortalité infantile et une augmentation du sous-poids à l'école. Ce drame de santé publique n'est cependant pas naturel : il est lié à un choix de politique publique. En Malaisie, le gouvernement a choisi d'exercer un contrôle des prix des denrées alimentaires et de la spéculation boursière. Les programmes alimentaires ont eu pour effet d'éviter tout problème de famine et de malnutrition dans l'ensemble de la population. Pendant la crise, le budget de la santé a augmenté de 8 % (entre 1998 et 1999), ce qui s'est traduit par une hausse de 18 % du nombre de personnes ayant recours au système de santé publique.

La transition de l'économie soviétique au capitalisme est un cas d'école sur l'impact de l'austérité sur la santé. Plutôt que d'appliquer une transition en douceur, les pouvoirs publics ont déclenché un retournement sans précédent de l'économie et de la santé de la population (Stuckler *et al.*, 2009a). L'espérance de vie des hommes russes est tombée de 64 à 57 ans entre 1991 et 1994. Cette chute de la mortalité est la plus importante d'après 1945 pour un pays ni en guerre ni en situation de famine. La hausse de la mortalité s'est concentrée sur la catégorie 25-39 ans du fait de l'augmentation massive de la consommation d'alcool (souvent frelaté), des suicides, des homicides et des crises cardiaques. La consommation d'alcool provoquait plus de 4 millions de morts en ex-Union soviétique dans les années 1990, soit le décès d'un homme sur cinq en âge de travailler. Il est possible d'attribuer la violence du recul de la santé aux politiques économiques libérales car celles-ci n'ont pas été appliquées partout avec la même intensité. D'un côté, des pays comme la Russie, le Kazakhstan, la Lettonie et l'Estonie ont appliqué une politique très dure (« thérapie

de choc ») alors que d'un autre côté, certains pays comme la Pologne, la Biélorussie, la Slovénie et la République tchèque appliquaient les préconisations libérales avec moins d'ardeur (« gradualisme »). Ainsi, alors qu'en 1991 la Pologne et la Russie connaissaient le même taux de mortalité, en 1994 celui de la Russie avait augmenté de 35 % contre une baisse de 10 % en Pologne. Stuckler *et alii* (2009a) montrent qu'en moyenne, les pays ayant appliqué la thérapie de choc ont connu une hausse du taux de mortalité de 18 %. Or, le recul de l'espérance de vie n'a toujours pas été rattrapé : elle était de 68 ans en 1991 contre 66 ans en 2012.

II.3. L'impact de l'austérité sur la santé depuis 2007

Les travaux de Stuckler et Basu font référence dans la littérature consacrée à la relation entre austérité et santé. L'ampleur et la variabilité des politiques d'austérité en Europe (Math, 2014, 2015) constituent un terrain propice à ce type d'analyses qui se multiplient (Reeves *et al.*, 2014a).

La situation sanitaire consécutive à la crise décrite par les travaux de santé publique est assez préoccupante. En Angleterre, entre 2008 et 2010, la crise financière aurait causé à elle seule plus de 846 suicides supplémentaires par rapport à la tendance normale (Barr *et al.*, 2012 ; voir également Coope *et al.*, 2014 ; Reeves *et al.*, 2012 ; Norström, Grönqvist, 2015). Or, d'un point de vue de santé publique, le suicide est la partie émergée de l'iceberg et de nombreuses études révèlent la détérioration de la santé mentale en situation de crise économique (Cooper, 2011 ; Gili *et al.*, 2013). Par ailleurs, certains comportements à risque comme l'alcoolisme semblent croître en période de récession. Bor *et alii* (2013) montrent qu'aux États-Unis entre 2006 et 2010, bien que la consommation globale d'alcool baisse, le *binge driking* [7] augmente de façon significative. La question alors posée est de savoir si une politique de relance n'aurait pas pour effet d'atténuer les conséquences de la crise économique ?

Dans cet esprit, Stuckler *et alii* (2009b) montrent qu'une augmentation de 1 % du chômage conduit à une hausse des suicides et des meurtres et qu'une augmentation de 3 % du chômage engendre une hausse des morts relatives à l'alcoolisme, les résultats variant en fonction des systèmes de protection sociale. Certains travaux ont montré que la crise économique et l'austérité augmentent les risques de contamination par maladies infectieuses, augmentent la distance d'accès aux soins et réduisent la qualité de vie (Stuckler *et al.*, 2009c). À l'inverse, le maintien des dépenses produit l'effet contraire. Dans une étude sur les pays de l'OCDE pendant 25 ans, les auteurs trouvent que pour chaque 100 dollars de dépenses sociales la mortalité est réduite de 1,19 % (Stuckler *et al.*, 2010). Dans les pays qui

7. Consommation rapide d'alcool dans le but d'atteindre au plus vite un état d'ivresse. Parfois traduit par la locution « biture expresse ».

dépensent moins de 70 dollars par personne (l'Espagne et les pays entrés dans l'Union européenne après 2004), la détérioration de la situation économique entraîne plus de suicides qu'ailleurs. En Finlande et en Suède, qui dépensent plus de 300 dollars par tête, la crise économique n'a pas d'effet significatif sur le taux de suicide.

Le maintien de la dépense publique pourrait aller à l'encontre de ces évolutions. De nombreux travaux en attestent en prenant des indicateurs d'état de santé très variés. Maruthappu *et alii* (2014) montrent par exemple que les dépenses publiques de santé de 24 pays de l'Union européenne entre 1981 et 2010 sont négativement corrélées à la mortalité maternelle [8] : une baisse de 1 % des dépenses publiques de santé engendre une augmentation significative du taux de mortalité maternelle estimée à 89 morts supplémentaires (soit une hausse annuelle de 10,6 %). Reeves *et alii* (2014b) analysent de leur côté la prévalence de la tuberculose en fonction des systèmes de protection sociale dans 21 pays européens entre 1995 et 2013. D'après eux, pour 100 dollars de dépense de protection sociale publique supplémentaire, on observe une réduction de 1,53 % du nombre de cas de tuberculose, une réduction de 2,75 % de la mortalité par tuberculose non liée au VIH et une réduction de la mortalité générale par tuberculose de 3,08 %.

La thèse d'un effet protecteur de la dépense publique en situation de crise est défendue par de nombreux auteurs (Glonti *et al.*, 2015 ; Karanikolos *et al.*, 2013 ; Kentikelenis *et al.*, 2011 ; Labonté, Stuckler, 2016 ; McKee *et al.*, 2012 ; Portella, Barrubés, 2015 ; Quaglio *et al.*, 2013). Les cas symétriques de l'Islande et de la Grèce illustrent parfaitement ce que veulent démontrer ces chercheurs (Stuckler, Basu, 2013, trad. fr. 2014). Alors que l'Islande a préféré refuser l'aide du FMI et conserver son système social protecteur, la Grèce fait figure de bon élève au regard des critères édictés par le FMI, la Banque centrale européenne et la Commission européenne. Or, il apparaît que le bon élève obtient les plus mauvais résultats économiques et sanitaires alors que le cancre, coupable d'insubordination, obtient les meilleurs résultats économiques et sanitaires.

En 2007, l'Islande était le cinquième pays le plus riche au monde avec un PIB par habitant de 60 % supérieur à celui des États-Unis et un taux de chômage proche de 2 %. En 2008, la crise économique aux États-Unis a fait s'écrouler l'économie islandaise. Entre 2008 et 2010, le PIB a chuté de plus de 13 % et le chômage s'est élevé à plus de 7 %. L'Union européenne ne voulant pas aider financièrement l'Islande, le pays s'est tourné en 2008 vers le FMI qui s'était engagé à prêter les fonds nécessaires contre des mesures d'austérité drastiques (par exemple, la baisse des dépenses de santé de 30 %). À la suite d'émeutes contre cette proposition et un référendum,

8. La mortalité maternelle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le taux de décès évitable des femmes liés à la grossesse ou à l'accouchement.

en 2009 le pays a choisi la relance plutôt que l'austérité. Ce choix de politique publique a été décisif sur l'état de santé de la population. Entre 2007 et 2010, c'est-à-dire pendant les pires années de crise, contrairement à ce que l'on observe ailleurs, le taux de mortalité a continué à diminuer, le taux de suicide est resté constant et le nombre de crises cardiaques n'a pas augmenté (Ifanti *et al.*, 2013). La dépense publique (y compris les dépenses de santé) est passée de 42,3 % du PIB en 2007 à 57,7 % en 2008. La dévaluation de la monnaie a rendue difficile l'importation de médicaments mais cela a été compensé par une augmentation des dépenses : de 380 000 à 453 000 couronnes (3 056 à 3 643 euros) par personne entre 2007 et 2009. La dévaluation, si souvent redoutée, n'a pas eu d'effet sur l'accès aux soins. Les dépenses de protection sociale sont passées de 2,2 milliards de dollars (1,9 milliard d'euros) en 2007 à 3 milliards de dollars (2,5 milliards d'euros) en 2009 (soit de 21 à 25 % du PIB).

Le cas de la Grèce offre le contre-exemple parfait du cas islandais (Burgi, 2014 et dans ce numéro). Les conséquences de l'austérité ont été tragiques (Kentikelenis *et al.*, 2011 ; Ifanti *et al.*, 2013 ; Quaglio *et al.*, 2013). En 2009, le budget consacré à la santé a chuté de 26 à 16 milliards d'euros. En 2010, après la mise en place du premier plan de « sauvetage », la compagnie pharmaceutique Novo-Nordisk a quitté la Grèce du fait des coupes budgétaires : l'État grec lui devait 36 millions d'euros et 50 000 diabétiques ont été privés d'insuline. En 2009, 15 % de personnes de plus se considéraient en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à 2007. Entre 2007 et 2009, l'accès aux soins a chuté de 15 %. La conséquence directe a été la chute de fréquentation des cliniques privées, en raison de l'insolvabilité d'une partie de la population, alors que les consultations en hôpital public ont augmenté de plus de 25 %. En dépit de cette bascule entre consultations privées et publiques, la contrainte d'austérité a débouché sur la suppression de 35 000 emplois de soignants, médecins et professionnels de santé publique. Le taux de suicide chez les hommes a augmenté de 20 % entre 2007 et 2009. L'état sanitaire de la population favorise le déclenchement de maladies comme l'épidémie de la fièvre du Nil occidental en 2010, la malaria en Attique de l'Est et en Laconie. La Grèce est le seul pays en Europe avec une recrudescence des infections au VIH. Entre janvier et octobre 2011, le nombre de nouvelles infections a été multiplié par 10.

III. Problèmes théoriques et empiriques d'une littérature peu structurée

Les recherches présentées ici sur le lien entre conditions macroéconomiques et état de santé fournissent de nombreux résultats qui sont

cependant difficiles à interpréter. Les deux sections suivantes analysent ces problèmes sur un plan empirique (III.1.) et théorique (III.2.).

III.1. La difficile comparaison des résultats empiriques

Plusieurs problèmes empiriques invitent à prendre du recul par rapport aux résultats de notre revue de littérature. Les remarques qui suivent sont alors autant de pistes à approfondir pour éventuellement expliquer les incohérences dans les résultats observés.

D'abord, il faut souligner à nouveau que les deux littératures étudiées ne se posent pas exactement la même question de recherche. Alors que les travaux dans le sillage de Christopher Ruhm s'intéressent à l'impact d'une fluctuation de l'activité économique sur l'état de santé, ceux portés par Stuckler et Basu se concentrent sur l'impact différencié d'une politique d'austérité ou de relance sur l'état de santé. Dans le premier cas, on ne s'intéresse pas à la politique publique, dans le second elle est le cœur de la recherche.

Une deuxième limite à la comparaison des résultats (entre et à l'intérieur des deux littératures) concerne l'indicateur utilisé pour mesurer les fluctuations économiques. La plupart des travaux mentionnés utilisent le taux de chômage pour évaluer le retournement de l'activité économique. Or, la comparaison entre les études est rendu ardue par le fait que les variations de l'activité ne sont pas toutes de même ampleur. Comme l'a souligné la section I.3, il n'y a aucune raison pour que les effets du cycle économique sur l'état de santé soient linéaires. Dans ces conditions, comparer des études sur la crise de 2007 à d'autres fondées sur des évolutions du taux de chômage plus modérées paraît peu pertinent. De la même façon, à l'intérieur de la crise ouverte en 2007, il n'est pas pertinent d'analyser de la même façon les évolutions macroéconomiques et politiques de tous les pays.

Ensuite, on peut noter un biais potentiellement important dans les données utilisées. Dans la première partie, une majorité conséquente d'études se fondent sur des données provenant des États-Unis. Or, ce pays possède des caractéristiques propres qui limitent les possibilités de comparaison et de généralisation. Deux traits distinctifs au moins peuvent être mentionnés : la plus grande flexibilité du marché du travail (plus largement la moindre régulation des relations d'emploi) et les très grandes inégalités en termes d'accès à une complémentaire santé (publique ou privée) de qualité (bien couvrante), de nombreux individus vivant sans couverture aucune. Cette dimension institutionnelle est très peu prise en compte dans les travaux sur l'impact des conditions macroéconomiques sur la santé. On peut alors se demander si les résultats obtenus aux États-Unis sont généralisables dans d'autres contextes institutionnels. De façon symétrique au biais

lié à l'utilisation de données provenant des États-Unis, les analyses existantes ne distinguent pas leurs résultats en fonction du stade de développement des pays étudiés. Comme nous l'avons rappelé dans la section I.1, la transition épidémiologique a un impact sur la relation entre revenu et santé. Il est donc probable que les effets de l'évolution des conditions macroéconomiques sur la santé soient différents avant et après ce stade de développement. Ainsi, les cas de la crise asiatique et de la crise de 2007 en Europe ne sont donc peut-être pas de même nature.

Enfin, l'un des principaux problèmes provient de la contradiction entre les résultats des études menées avec des données agrégées (comme celles de Christopher Ruhm) et d'autres avec des données individuelles (voir sur cette question Karanikolos *et al.*, 2013). Les données individuelles forment les bases de données les plus précises puisqu'elles sont décomposées en une liste complète d'individus et de variables (des variables d'état de santé et des variables socioéconomiques). À l'inverse, les données agrégées résultent de l'agrégation de certaines informations, soit au niveau des individus soit au niveau des variables, en fonction de caractéristiques communes. Les données agrégées sont plus facilement disponibles mais impliquent une perte d'information.

La contradiction entre les résultats obtenus à partir de ces deux types de données est particulièrement troublante à propos des études sur le chômage, lorsque ce dernier est utilisé comme indicateur de l'activité économique. Alors que les analyses à partir de données individuelles démontrent la dimension procyclique de la mortalité (le ralentissement économique mesuré par l'augmentation du chômage réduit l'état de santé), les études fondées sur des données agrégées démontrent l'inverse. Pour Ruhm, le ralentissement économique est bon pour la santé et on pourrait en déduire que le chômage l'est également. Or, pour les études en données individuelles, le chômage est lié à une plus forte mortalité, à des problèmes de santé mentale, à des comportements à risque, à des suicides, etc. Cette apparente contradiction provient probablement du fait que dans les études en données agrégées la détérioration de l'état de santé des personnes au chômage ne contrebalance pas la tendance moyenne à l'amélioration de l'état de santé du reste de la population. Néanmoins, cette hypothèse ne trouve pas encore de confirmation empirique solide et appelle à un approfondissement des recherches sur le passage entre les niveaux microéconomique et macroéconomique.

III.2. Des cadres théoriques fragiles

Le deuxième type de problème que posent les deux grandes littératures étudiées dans cet article concerne leur cadre théorique.

Dans son article fondateur concernant l'impact croissant de la croissance économique sur la mortalité, Christopher Ruhm propose quatre explications possibles à la dimension procyclique de la mortalité (Ruhm, 2000). D'abord, la variation du coût d'opportunité du temps peut avoir un impact sur la santé. Avec la reprise de l'activité économique et l'augmentation du taux d'emploi, il est probable que les ménages réduisent leur temps de loisir consacré aux activités bonnes pour la santé (pratique sportive). De plus, le coût relatif du temps pour prendre des rendez-vous médicaux s'élève et pourrait expliquer de moindres consultations préventives et curatives. Il est ensuite possible de considérer que la santé est un *input*. Au même titre que le capital et le travail, elle serait un facteur de production nécessairement détruit durant le processus de production. L'auteur prend comme cas emblématique l'augmentation des accidents du travail dans la construction en phase d'expansion. Ensuite, l'activité économique est associée à des risques pour la santé non liés directement au travail : accidents de la route, alcoolisme et autres drogues, suicides, homicides, etc. Selon l'auteur, la hausse de l'activité économique implique plus de trajets routiers (et donc d'accidents) et de meilleurs revenus qui permettent de financer des consommations à risque. À l'inverse, la détérioration de l'activité économique conduirait à de la violence contre soi (suicides) ou contre les autres (homicides). Enfin, les flux migratoires, sensibles aux conditions économiques, peuvent impacter la santé. Aux États-Unis, il est possible que les déménagements causés par la détérioration de la situation de l'emploi dans certains États augmentent les risques pour la santé dans les États d'accueil du fait de l'importation de maladies et de la faiblesse des infrastructures locales (routes, système médical, aide sociale, etc.).

Ces explications se basent sur le modèle néoclassique de l'agent rationnel. Or, dans le domaine de la santé, de nombreuses études ont démontré la fragilité de cette théorie pour la compréhension des questions de santé. Le patient ne se comporte pas en consommateur rationnel investissant un capital santé en fonction des rendements escomptés. Penser son rapport à la santé par la mécanique froide du bilan coût-avantage est donc sujet à caution (Batifoulier, 2014).

Si le cadre théorique néoclassique paraît *ad hoc*, la littérature en santé publique se passe complètement de modélisation théorique. L'ensemble de ces travaux repose exclusivement sur une question empirique : est-ce la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ou est-ce la réponse politique à la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ? Dans le premier cas, tout se passe comme si la dégradation de l'état de santé de la population était liée à une catastrophe naturelle. Comme un séisme ou une tornade, la crise économique est un évènement difficile à prévoir parce que dans l'ordre de la nature. Dès lors,

il n'y a rien à faire sinon à panser les plaies. La politique publique n'est d'aucune utilité pour améliorer l'état de santé de la population. Elle peut s'intéresser à la sortie de crise mais il n'y aurait pas de lien direct entre cette réponse politique et l'état de santé. Cette première hypothèse établit un lien causal entre crise économique et dégradation de l'état de santé tandis que la politique publique souffrirait d'impuissance. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'on pense que la crise économique est un évènement qui peut être traité par une politique publique adéquate, il est toujours possible d'éviter la dégradation de l'état de santé de la population. Étant admis préalablement que l'on peut faire quelque chose, se pose alors la question de ce qu'il convient de faire. La constitution d'une protection sociale forte (assurance santé publique, soins gratuits, assurance chômage généreuse, aide au logement, etc.) serait alors le garant de la santé des populations, malgré la force de la crise économique. À l'inverse, une réponse à la crise par des politiques d'austérité (réduction des budgets publics de tout ordre, politique monétaire restrictive, etc.) serait la voie principale pour accélérer la détérioration de l'état de santé de la population. Ici, le lien de causalité n'est pas entre crise économique et état de santé mais entre réponse politique à la crise et état de santé : les politiques de relance sont bénéfiques pour la santé tandis que les politiques d'austérité la détériorent.

Le socle des travaux inspirés par Stuckler et Basu consiste à étudier les effets différenciés sur la santé des politiques de relance et des politiques d'austérité. Méthodologiquement, la stratégie de recherche s'inspire des pratiques en médecine avec l'usage d'essais cliniques randomisés. L'idée est de tester l'effet d'un traitement (ici une politique économique) sur deux populations, un groupe test qui reçoit le traitement et un groupe témoin qui ne reçoit rien. L'objectif est d'obtenir des résultats empiriques dénués d'ambiguïtés. Cependant, comme c'est le cas dans le cadre des essais en médecine (Da Silva, 2017 ; Labrousse, 2010), la prétention à l'objectivité de cette méthode ne résiste pas à l'analyse critique. Par exemple, cette méthode suppose d'analyser deux populations homogènes. Or, comme cela a été souligné plus haut, il est difficile de faire fi des différences institutionnelles et culturelles entre les nations et à l'intérieur même de ces nations. Par ailleurs, l'une des limites importantes de cette démarche de recherche porte sur l'absence de modèle théorique explicatif. Savoir qu'un traitement est efficace est une information pertinente mais elle est très partielle si on ne sait pas pourquoi il est efficace. Même si les arguments empiriques des travaux dans le sillage de Stuckler et Basu constituent des preuves difficilement contestables, on peut regretter l'absence d'un cadre théorique permettant de mieux comprendre leurs résultats et les mécanismes par lesquels l'intervention publique sauve des vies.

Conclusion

Les travaux sur l'effet des conditions macroéconomiques sur la santé sont ambivalents. L'analyse proposée ici met en évidence l'existence de deux courants particulièrement étanches l'un à l'autre. Autour des travaux de Christopher Ruhm, les économistes montrent l'impact positif pour la santé de la crise économique (hors taux de suicide). La crise ouverte en 2007 a conduit à un renouvellement de cette littérature dont les résultats sont désormais moins assurés. Les crises économiques importantes peuvent avoir des effets contradictoires sur la santé. Face à ce courant, les travaux en santé publique modifient légèrement le questionnement et accusent la politique publique de détériorer la santé lorsqu'elle consiste à appliquer des programmes d'austérité pour répondre à la crise. Cette littérature est plus récente et moins stabilisée. Les études respectant une méthodologie comparative rigoureuse sont encore peu nombreuses. Par exemple, la comparaison entre le cas de l'Islande et de la Grèce n'a pas fait l'objet d'un traitement statistique conforme aux normes en vigueur dans les différents champs disciplinaires. Mais la violence des effets sanitaires et sociaux est telle qu'il n'est pas possible de ne pas attribuer une forte valeur à la comparaison (Bacigalupe *et al.*, 2016).

Dans ce cadre, la première des conclusions est probablement celle de Stuckler *et alii* (2015) appelant à des travaux interdisciplinaires. Passant au crible 461 articles portant sur l'articulation crise, austérité et santé, les auteurs montrent l'existence de réseaux de publication fortement cloisonnés en fonction des disciplines, des journaux et des cadres théoriques. Les différences méthodologiques sont également importantes pour démontrer les causalités. Sans dialogue interdisciplinaire, il ne sera pas possible de dépasser les contradictions entre ces deux littératures.

Malgré ces obstacles méthodologiques, il existe tout de même de solides arguments pour défendre la thèse selon laquelle la réponse politique à la crise actuelle en termes d'austérité détériore l'état de santé de la population. Parmi d'autres cas, l'expérience dramatique de la Grèce est emblématique.

Références bibliographiques

Abramowitz J. (2016), « The Connection between Working Hours and Body Mass Index in the US: A Time Use Analysis », *Review of Economics of the Household*, vol. 14, n° 1, p. 131-154, https://doi.org/10.1007/s11150-014-9267-4.

Ariizumi H., Schirle T. (2012), « Are Recessions Really Good for Your Health? Evidence from Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 74, n° 8, p. 1224-1231, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.038.

Bacigalupe A., Shahidi F.V., Muntaner C., Martín U., Borrell C. (2016), « Why Is There so Much Controversy Regarding the Population Health Impact of the Great Recession? Reflections on Three Case Studies », *International Journal of Health Services*, vol. 46, n° 1, p. 5-35, https://doi.org/10.1177/0020731415611634.

Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. (2012), « Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England: Time Trend Analysis », *British Medical Journal*, n° 345, e5142, https://doi.org/10.1136/bmj.e5142.

Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.

Batifoulier P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, https://goo.gl/ZEoia9.

Bellés-Obrero C., Jiménez-Martín S., Vall-Castello J. (2016), « Bad Times, Slimmer Children? », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 93-112, https://doi.org/10.1002/hec.3434.

Bennett G.G., Scharoun-Lee M., Tucker-Seeley R. (2009), « Will the Public's Health Fall Victim to the Home Foreclosure Epidemic? », *PLoS Medicine*, vol. 6, n° 6, e1000087, https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000087.

Blanpain N. (2011), « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, n° 1372, https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280972.

Bor J., Basu S., Coutts A., McKee M., Stuckler D. (2013), « Alcohol Use During the Great Recession of 2008-2009 », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 3, p. 343-348, https://doi.org/10.1093/alcalc/agt002.

Brainerd E., Cutler D.M. (2005), « Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union », *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 19, n° 1, p. 107-130, https://www.jstor.org/stable/4134995?seq=1#page_scan_tab_contents.

Brenner H. (1971), « Economic Changes and Heart Disease Mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 61, n° 3, p. 606-611, http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.61.3.606.

Brenner H. (1979), « Mortality and the National Economy. A Review, and the Experience of England and Wales, 1936-76 », *The Lancet*, vol. 2, n° 8142, p. 568-573, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(79)91626-X/abstract.

Brenner H. (1987), « Economic Change, Alcohol Consumption and Heart Disease Mortality in Nine Industrialized Countries », *Social Science & Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 119-132.

Browning M., Heinesen E. (2012), « Effect of Job Loss Due to Plant Closure on Mortality and Hospitalization », *Journal of Health Economics*, vol. 31, n° 4, p. 599-616, https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.001.

Buchmueller T., Grignon M., Jusot F. (2007), « Unemployment and Mortality in France, 1982-2002 », *CHEPA Working Paper*, n° 07-04, McMaster University, http://www.chepa.org/Files/Working%20Papers/CHEPA%20WP%2007-04.pdf.

Burgi N. (dir.) (2014), *La grande régression. La Grèce et l'avenir de l'Europe*, Paris, Le Bord de l'eau.

Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IRES*, n° 91-92, p. 77-110.

Colman G., Dave D. (2013), « Exercise, Physical Activity, and Exertion over the Business Cycle », *Social Science & Medicine*, n° 93, p. 11-20, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.032.

Coope C., Gunnell D., Hollingworth W., Hawton K., Kapur N., Fearn V., Wells C., Metcalfe C. (2014), « Suicide and the 2008 Economic Recession: Who Is Most at Risk? Trends in Suicide Rates in England and Wales 2001-2011 », *Social Science & Medicine*, n° 117, p. 76-85, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.024.

Cooper B. (2011), « Economic Recession and Mental Health: An Overview », *Neuropsychiatrie*, vol. 25, n° 3, p. 113-117.

Currie J., Tekin E. (2015), « Is There a Link between Foreclosure and Health? », *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, n° 1, p. 63-94, https://doi.org/10.1257/pol.20120325.

Da Silva N. (2017), « Quantifier la qualité des soins : une critique de la "rationalisation" de la médecine libérale française », *Revue française de socio-économie*, vol. 19, n° 2, p. 111-130.

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 », *Économie publique*, vol. 28-29, n° 1-2, p. 123-147, https://economiepublique.revues.org/8851.

Eyer J. (1977), « Prosperity As A Cause of Death », *International Journal of Health Services*, vol. 7, n° 1, p. 125-150, https://doi.org/10.2190/9WA2-RVL3-MT9D-EL9D.

Fishback P.V., Haines M.R., Kantor S. (2007), « Births, Deaths, and New Deal Relief during the Great Depression », *The Review of Economics and Statistics*, vol. 89, n° 1, p. 1-14, https://doi.org/10.1162/rest.89.1.1.

Fleurbaey M., Herpin N., Martinez M., Verger D. (1998), « Mesurer la pauvreté ? », *Économie et Statistique*, vol. 308, n° 1, p. 23-33, https://doi.org/10.3406/estat.1998.2588.

French M.T., Gumus G. (2014), « Macroeconomic Fluctuations and Motorcycle Fatalities in the US », *Social Science & Medicine*, n° 104, p. 187-193, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.019.

García-Gómez P., Jiménez-Martín S., Labeaga J.M. (2016), « Consequences of the Economic Crisis on Health and Health Care Systems », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 3-5, https://doi.org/10.1002/hec.3442.

Gerdtham U.-G., Ruhm C.J. (2006), « Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD », *Economics & Human Biology*, vol. 4, n° 3, p. 298-316, https://doi.org/10.1016/j.ehb.2006.04.001.

Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2013), « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 1, p. 103-108, https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035.

Glonti K., Gordeev V.S., Goryakin Y., Reeves A., Stuckler D., McKee M., Roberts B. (2015), « A Systematic Review on Health Resilience to Economic Crises », *PLoS One, vol*. 10, n° 4, e0123117, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123117.

Goel R.K. (2014), « Economic Stress and Cigarette Smoking: Evidence from the United States », *Economic Modelling*, vol. 40, n° C, p. 284-289.

Gonzalez F., Quast T. (2011), « Macroeconomic Changes and Mortality in Mexico », *Empirical Economics*, vol. 40, n° 2, p. 305-319, https://doi.org/10.1007/s00181-010-0360-0.

Granados J.A.T. (2005), « Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997 », *European Journal of Population*, vol. 21, n° 4, p. 393-422, https://doi.org/10.1007/s10680-005-4767-9.

Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H., Kalofonos H.P. (2013), « Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care », *Health Policy*, vol. 113, n° 1-2, p. 8-12, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.017.

Ires (2010), « L'État social à l'épreuve de l'austérité », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, http://www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/110-127.

Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148.

Jusot F. (2012), « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 36, n° 3, p. 73-80, https://doi.org/10.3917/seve.036.0073.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J., McKee M. (2013), « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, vol. 381, n° 9874, p. 1323-1331, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), « Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy », *The Lancet,* vol. 378, n° 9801, p. 1457-1458, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0.

Labonté R., Stuckler D. (2016), « The Rise of Neoliberalism: How Bad Economics Imperils Health and What to Do about it », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, n° 3, p. 312-318, https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295.

Labrousse A. (2010), « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement », *Revue de la Régulation*, n° 7, en ligne, https://regulation.revues.org/7818#article-7818.

Lusardi A., Schneider D., Tufano P. (2011), « Financially Fragile Households: Evidence and Implication », *NBER Working Paper Series*, n° 17072, https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2011/03/2011a_bpea_lusardi.pdf.

Marcus J. (2013), « The Effect of Unemployment on the Mental Health of Spouses – Evidence from Plant Closures in Germany », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 3, p. 546-558, https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004.

Maruthappu M., Ng K., Williams C., Atun R., Agrawal P., Zeltner T. (2014), « The Association between Government Healthcare Spending and Maternal Mortality in the European Union, 1981-2010: A Retrospective Study », *General Obstetrics*, vol. 122, n° 9, p. 1216-1224, https://doi.org/10.1111/1471-0528.13205.

Math A. (2014), « La santé au péril de l'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 22-52, https://goo.gl/qe7m4h.

Math A. (2015), « Les mutations des dépenses de protection sociale sur longue période », *in* Monnier J.-M. (dir.), *Finances publiques*, 4e éd., Paris, La Documentation française.

McKee M., Karanikolos M., Belcher P., Stuckler D. (2012), « Austerity: A Failed Experiment on the People of Europe », *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 4, p. 346-350, https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-346.

McLaughlin K.A., Nandi A., Keyes K.M., Uddin M., Aiello A.E., Galea S., Koenen K.C. (2012), « Home Foreclosure and Risk of Psychiatric Morbidity during the Recent Financial Crisis », *Psychological Medicine*, vol 42, n° 07, p. 1441-1448, https://doi.org/10.1017/S0033291711002613.

Miller D.L., Page M.E., Stevens A.H., Filipski M. (2009), « Why Are Recessions Good for Your Health? », *American Economic Review*, vol. 99, n° 2, p. 122-127, https://doi.org/10.1257/aer.99.2.122.

Norström T., Grönqvist H. (2015), « The Great Recession, Unemployment and Suicide », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 69, n° 2, p. 110-116, https://doi.org/10.1136/jech-2014-204602.

Olafsson A. (2016), « Household Financial Distress and Initial Endowments: Evidence from the 2008 Financial Crisis », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 43-56, https://doi.org/10.1002/hec.3426.

Omran A.R. (1971), « The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

Portella E., Barrubés J. (2015), « Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ? », *Santé publique*, vol. 27, n° 1, p. 5-6, http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-5.htm.

Preston S.H. (1975), « Health Programs and Population Growth », *Population and Development Review*, vol. 1, n° 2, p. 189-199.

Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensel L., Arnold E., McDaid D. (2013), « Austerity and Health in Europe », *Health Policy*, vol. 113, n° 1-2, p. 13-19, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005.

Reeves A., McKee M., Basu S., Stuckler D. (2014a), « The Political Economy of Austerity and Healthcare: Cross-national Analysis of Expenditure Changes in 27 European Nations 1995-2011 », *Health Policy*, vol. 115, n° 1, p. 1-8, https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.008.

Reeves A., Basu S., McKee M., Stuckler D., Sandgren A., Semenza J. (2014b), « Social Protection and Tuberculosis Control in 21 European Countries, 1995-2012: A Cross-national Statistical Modelling Analysis », *The Lancet*, vol. 14, n° 11, p. 1105-1112, https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70927-2.

Reeves A., Stuckler D., McKee M., Gunnell D., Chang S.-S., Basu S. (2012), « Increase in State Suicide Rates in the USA During Economic Recession », *The Lancet*, vol. 380, n° 9856, p. 1813-1814, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61910-2.

Robine J.-M. (2001), « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie. Le cas de la France », *Population*, vol. 56, n° 1, p. 199-221, https://doi.org/10.3917/popu.p2001.56n1-2.0221.

Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. (2011), « Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality », *Social Science & Medicine*, vol. 72, n° 6, p. 840-854, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005.

Ruhm C.J. (2000), « Are Recessions Good for Your Health? », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n° 2, p. 617-650, https://doi.org/10.1162/003355300554872.

Ruhm C.J. (2012), « Understanding the Relationship between Macroeconomic Conditions and Health », *in* Jones A.M. (ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition, Cheltenham, Edward Elgar, p. 5-14, https://doi.org/10.4337/9780857938138.

Ruhm C.J. (2016), « Health Effects of Economic Crises », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 6-24, https://doi.org/10.1002/hec.3373.

Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death,* New York, Basic Books.

Stuckler D., Basu S., McKee M. (2010), « Budget Crises, Health, and Social Welfare Programmes », *British Medical Journal*, n° 340, c3311, https://doi.org/10.1136/bmj.c3311.

Stuckler D., King L., McKee M. (2009a), « Mass Privatisation and the Post-communist Mortality Crisis: A Cross-national Analysis », *The Lancet*, vol. 373, n° 9661, p. 399-407, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60005-2.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009b), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M. (2009c), « The Health Implications of Financial Crisis: A Review of the Evidence », *The Ulster Medical Journal,* vol. 78, n° 3, p. 142-145.

Stuckler D., Meissner C., Fishback P., Basu S., McKee M. (2012), « Banking Crises and Mortality During the Great Depression: Evidence from US Urban Populations, 1929-1937 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n° 5, p. 410-419, https://doi.org/10.1136/jech.2010.121376.

Stuckler D., Reeves A., Karanikolos M., McKee M. (2015), « The Health Effects of the Global Financial Crisis: Can We Reconcile the Differing Views? A Network Analysis of Literature Across Disciplines », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 10, n° 01, p. 83-99, https://doi.org/10.1017/S1744133114000255.

Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.

Tekin E., McClellan C., Minyard K.J. (2013), « Health and Health Behaviors during the Worst of Times: Evidence from the Great Recession », *NBER Working Paper*, n° 19234, National Bureau of Economic Research, https://doi.org/10.3386/w19234.

Toffolutti V., Suhrcke M. (2014), « Assessing the Short Term Health Impact of the Great Recession in the European Union: A Cross-country Panel Analysis », *Preventive Medicine*, n° 64, p. 54-62, https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.03.028.

Ulmann P. (1999), « Les relations entre santé et croissance dans les pays développés », *Les Cahiers du Gratice*, n° 15, p. 9-45.

van Gool K., Pearson M. (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 76, September 4, https://doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en.

Wilkinson R.G. (2010), *L'égalité c'est la santé*, Paris, Demopolis.

Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2013), *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris/Namur, Institut Veblen/Les Petits matins/Etopia.

Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U. (2009), « Health Insurance and Mortality in US Adults », *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 12, p. 2289-2295, https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.157685.

Xu X. (2013), « The Business Cycle and Health Behaviors », *Social Science & Medicine*, n° 77, p. 126-136, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.016.