

La santé au péril de l'austérité

Antoine MATH*

« *Quand nous parlerons à nos enfants de la Grande Récession, ils ne nous jugeront pas sur nos taux de croissance ou la réduction de nos déficits, mais sur la manière dont nous avons pris soin des membres les plus vulnérables de nos sociétés et dont nous avons répondu aux besoins les plus fondamentaux (...). La principale source de richesse d'une société, c'est sa population. Investir dans la santé de tous est un choix sage en période faste, et une impérative nécessité en ces temps difficiles.* »

David Stuckler et Sanjay Basu, *Quand l'austérité tue*, 2014, p. 203

Les dépenses de santé et d'éducation constituent une part importante des dépenses publiques dans les pays développés. Bien que souvent présentées comme primordiales pour l'avenir, considérées comme un investissement humain nécessaire dans la compétition économique mondiale, elles ne sont pas épargnées par les politiques de restrictions budgétaires. Une étude portant sur 19 épisodes de réduction des dépenses publiques concernant 17 pays développés entre 1990 et 2007 montre que les dépenses de santé ont été affectées dans 18 cas et les dépenses d'enseignement dans 15 cas (Lorach *et al.*, 2014). La nouvelle période entamée à partir de la crise dite des dettes souveraines en 2010, période qui a suivi la récession

en 2008-2009 (et parfois des plans de relance plus ou moins éphémères) est caractérisée par des restrictions budgétaires, dont l'ampleur et le calendrier sont très variables selon les pays, mais qui ne dérogent pas au constat fait sur les expériences passées : la santé et l'éducation sont mises à contribution.

La question de l'impact des politiques d'austérité ou des restrictions budgétaires menées depuis quelques années sur les services publics, et notamment la santé, se pose logiquement davantage pour les pays les plus touchés, à commencer par les pays de la zone euro soumis aux exigences de la troïka (Commission européenne, Banque centrale européenne, Fonds monétaire international) comme la Grèce, l'Irlande ou le Portugal, ou encore d'autres

* Chercheur à l'IRES.

pays de l'Union européenne (UE) ayant eu à se soumettre aux mémorandums du FMI comme la Roumanie, la Hongrie ou les pays baltes ; mais la question se pose aussi pour d'autres pays ayant décidé d'appliquer à partir de 2010-2011 de fortes restrictions, comme l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni ou la France.

Cet article examine principalement l'impact des politiques budgétaires sur le secteur de la santé. À cette fin, il nous est apparu pertinent de prendre comme point d'entrée la dépense de santé (près de 10 points du PIB en moyenne dans l'UE), et en particulier sa composante publique.

Cet article ne retrace pas l'évolution des politiques budgétaires nationales depuis le déclenchement de la crise et ne présente pas non plus les systèmes de santé et l'organisation du système de soins, tous extrêmement complexes et différents. Il n'aborde pas l'ensemble des politiques publiques, nationales ou supranationales, qui ont un impact sur la santé. Il ne s'appuie pas non plus sur des notions telles que le « service public », le « secteur public », l'« emploi public », ou la « fonction publique », qui recouvrent des acceptions, des périmètres, et des réalités extrêmement différentes, dont l'appréhension en comparaison internationale est hors de portée dans le cadre de ce numéro spécial. De plus, la question du caractère « public » ou non de l'emploi, du statut des travailleurs, ne nous semble pas un moyen pertinent d'appréhender l'impact des restrictions dans le secteur de la santé, comme l'illustre le cas français où près des deux tiers des travailleurs exercent sous statut privé (professions libérales, salariés des cliniques privées...), quand bien même leur revenus proviennent essentiellement de fonds

publics (les trois quarts des dépenses de santé sont financés par la Sécurité sociale).

Une première partie porte sur les déterminants de l'évolution des dépenses de santé, rappelle que la conjoncture n'est pas un déterminant significatif et examine les évolutions récentes des dépenses de santé. La croissance des dépenses (totales et publiques) a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009. Une rupture est intervenue dans tous les pays (sauf en Allemagne) après 2009. Pour certains pays « périphériques », la forte baisse des dépenses de santé est sans équivalent dans l'histoire contemporaine¹. Une seconde partie présente un travail de chercheurs emmenés par David Stuckler et Sanjay Basu qui montre que, en raison de multiplicateurs budgétaires très élevés pour les dépenses de santé, les coupes opérées dans les dépenses publiques de santé (mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale) ont des effets récessifs très forts et s'avèrent inefficaces au regard même de l'objectif de consolidation budgétaire. La troisième partie propose un cadre d'analyse des nombreuses réformes dans le domaine de la santé depuis les années 1980, qui repose sur la notion de « privatisation » du soin, distinguant en particulier le financement de la délivrance des soins. La quatrième partie tente d'appliquer le cadre d'analyse précédent pour classer les réformes effectivement menées dans le secteur de la santé depuis le « tournant de l'austérité » (IRES, 2010), en distinguant plusieurs catégories de mesures. La cinquième partie porte sur les effets des réformes et des restrictions budgétaires sur le soin et sur la santé.

1. En dehors peut-être de lointaines périodes de guerre ou bien, s'agissant des pays de l'ex-bloc de l'Est, de la période de transition et des thérapies de choc du début des années 1990.

Des réductions des dépenses de santé résultant de politiques budgétaires restrictives

Les nombreux déterminants possibles de l'évolution des dépenses de santé ne font pas totalement consensus. Cependant, certains résultats convergents se dégagent des travaux existants (Martin Martin *et al.*, 2011).

Contrairement à une idée reçue, le vieillissement ne constitue pas un déterminant majeur de l'évolution structurelle des dépenses de santé. Une revue des expériences passées montre ainsi que la part des personnes âgées et l'augmentation de l'espérance de vie expliquent très faiblement l'augmentation des dépenses de santé (Dormont *et al.*, 2006 ; Dormont, 2009 ; Pisu, 2014). Sur un taux de croissance annuel moyen en termes réels de 4,3 % dans les pays de l'OCDE entre 1995 et 2009 (1,6 % en France), 0,5 % seulement s'expliquerait par le vieillissement (Pisu, 2014). Les conclusions sont les mêmes s'agissant des projections de dépenses pour 2030 ou 2060 : le vieillissement n'explique qu'une très faible part de la hausse attendue (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013). Ce résultat *a priori* contre-intuitif s'explique en raison de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et par le fait que les dépenses de santé sont en moyenne concentrées à l'approche de la mort quel qu'en soit l'âge.

La configuration du système et du niveau de couverture sociale peut jouer

un rôle. Des travaux comparatifs tentant de mettre en évidence le rôle des institutions, il ressort que ce sont les systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni, Irlande, pays nordiques, pays du Sud de l'Europe) qui permettraient un meilleur contrôle des dépenses de santé : il y serait plus facile de maîtriser et limiter l'offre de soins, son volume et ses prix, que dans les systèmes d'assurance maladie (France, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, etc.)¹. Si ce résultat confirme l'importance, pour maîtriser les dépenses, de contrôler l'offre de soins plutôt que la demande, cette distinction ne permet pas d'expliquer les évolutions des dépenses intervenues dans les pays développés depuis deux décennies.

En fait, le déterminant principal d'évolution des dépenses de santé serait « les prix et la technologie », selon le jargon utilisé par l'OCDE (Pisu, 2014). Ce facteur, parfois rangé derrière la notion de « progrès technologique », recouvre aussi les changements en matière de pratiques de diagnostics, de soins et de traitements appliqués et la reconnaissance de ces pratiques sur les rémunérations. Il expliquerait au moins la moitié de l'augmentation des dépenses de santé des années 1990-2000 dans les pays de l'OCDE (Pisu, 2014). Certaines études lui en attribuent même les trois quarts. Ce résultat n'est pas très étonnant puisque les dépenses de santé correspondent directement, pour environ les quatre cinquièmes en France, à des services dont les prix sont les revenus du travail des personnes produisant

1. Les dépenses de santé (dépenses courantes et en capital) dans les pays européens qui couvrent l'intégralité de la population sont en général plus élevées dans les pays avec assurance maladie (11,9 % du PIB aux Pays-Bas, 11,6 % en France, 11,3 % en Allemagne, 10,8 % en Autriche, 10,5 % en Belgique) que dans les pays à système national de santé (10,9 % au Danemark, 10,2 % au Portugal, 9,5 % en Suède, 9,4 % au Royaume-Uni, 9,3 % en Espagne, 9,2 % en Italie, 9,1 % en Grèce, 9 % en Finlande). Les États-Unis se distinguent des pays de l'UE par une part importante de leur population non couverte et par une part des dépenses publiques minoritaire au sein des dépenses de santé, ces dernières représentant au total 17,7 % du PIB (données 2011 – OCDE, 2013).

ces services. Il n'existe aucune raison majeure pour que ces revenus de professionnels qualifiés n'évoluent pas au même rythme que l'ensemble des revenus du travail : ils pourraient même augmenter plus vite compte tenu de la situation durable de pénurie relative de personnels de santé dans la plupart des pays de l'UE (médecins, infirmiers...). Les autres dépenses qui ne servent pas directement à rémunérer du travail de professionnels correspondent aux prix des biens médicaux ou « technologiques », les médicaments en particulier.

Par ailleurs, les études empiriques montrent que, si l'offre est déterminante, les dépenses de santé correspondent aussi à une demande, qui augmente avec les revenus, la santé constituant un « bien supérieur » (un bien dont la part dans les dépenses augmente avec les revenus, par opposition à un « bien inférieur » comme l'alimentation, dont la part diminue avec les revenus). L'élévation du niveau de vie s'est ainsi accompagnée dans tous les pays d'une croissance plus forte des dépenses de santé. Peut l'illustrer l'augmentation de la consommation de biens et soins médicaux en France, passée de 2,5 % à 9 % du PIB entre 1950 et 2013. Les études montrent aussi que les dépenses de santé tendent, avec de nombreuses exceptions, à augmenter davantage dans les pays où ces dépenses sont plus faibles, selon un principe de rattrapage. Mais, si les dépenses augmentent

avec les revenus, les études montrent une asymétrie en cas de retournement économique : elles augmentent quand le PIB augmente, mais en période de récession, elles tendent à ne pas baisser voire continuent d'augmenter ¹. Si les dépenses de santé se mettent à diminuer, ce n'est en général pas au moment et du fait du ralentissement économique, mais en raison des mesures de restrictions budgétaires prises ultérieurement pour rétablir des comptes publics plombés par la baisse des recettes et la hausse des dépenses induites par la crise (Stuckler, Basu, 2014).

Que les dépenses de santé évoluent de façon relativement indépendante de la conjoncture se comprend : elles correspondent à des besoins ou une demande de soins dont l'évolution est plutôt indifférente à la conjoncture ², dans un contexte où l'offre de soins n'a pas non plus de raisons de se modifier de façon notable à court terme.

Pour analyser les évolutions des dépenses de santé, et en particulier les dépenses publiques de santé, il convient donc de distinguer la période de récession (2008-2009), durant laquelle on peut faire l'hypothèse que le rythme de croissance des dépenses de santé n'a guère eu de raison de ralentir (sauf mesures déjà prises en ce sens) dès lors que la dépense est largement socialisée ³, et les périodes de réformes restrictives engagées en vue de rétablir les équilibres budgétaires.

1. Selon une revue de la littérature, l'élasticité des dépenses de santé au PIB par tête est de 0,8 quand le PIB réel par tête augmente, alors qu'elle est plus faible et tend vers zéro en moyenne, voire est négative dans certains cas, lorsque le PIB par tête diminue (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013).

2. Les études montrent que le recours à certains soins augmenterait (anxiolytiques, hospitalisations pour problèmes psychologiques, liés à l'alcool...), mais qu'il diminuerait pour les soins de prévention (examens préventifs ou de dépistage, vaccinations, soins dentaires), voire les soins courants (renoncements) en cas de hausse du chômage (van Gool, Pearson, 2014).

3. En période de crise et de hausse du chômage, la dépense de santé peut diminuer du fait de renoncement aux soins des chômeurs et autres personnes touchées par des baisses de revenus dans le cas de systèmes où une forte part des dépenses reste à la charge des patients.

Un rôle de stabilisation économique des dépenses publiques de santé durant la récession

Durant la récession, les dépenses totales de santé par habitant (en termes réels) ont continué à augmenter dans tous les pays (tableau 1). La croissance de ces dépenses entre 2007 et 2009 s'est certes ralentie mais assez faiblement par rapport à la période antérieure (2000-2007). Les pays où elle a le plus fortement diminué (tout en restant positive) sont ceux où la croissance antérieure était particulièrement forte, comme la Grèce, la Suède, les États-Unis et les Pays-Bas. Dans les pays où le rythme d'évolution antérieure était élevé, comme l'Irlande, l'Espagne et le Royaume-Uni, ou dans ceux, comme la France et l'Italie, où la croissance était déjà très contenue avant la crise, elle a fléchi plus faiblement. Enfin, elle

s'est accélérée durant la récession dans certains pays comme l'Allemagne et le Portugal.

Durant cette période, la croissance des dépenses publiques de santé par habitant est non seulement restée positive, mais elle a très peu diminué en moyenne, moins que l'ensemble des dépenses de santé. Ces dépenses publiques ont donc joué un rôle de stabilisation économique face à la récession. Leur croissance sur la période 2007-2009 s'est accélérée par rapport à la période 2000-2007 au Danemark, en Pologne, en Espagne, en Allemagne et au Portugal (dans ces deux derniers pays, la dépense publique y avait été particulièrement comprimée durant la période 2000-2007). Elle a diminué assez faiblement sur la période 2007-2009 par rapport à la période 2000-2007 au Royaume-Uni, en Grèce, en Suède, en France, en Italie. Elle n'a en fait

Tableau 1. Dépenses de santé totales et publiques par habitant (1990-2012)

Taux de croissance annuel moyen (en termes réels) selon les périodes

	Dépenses totales de santé par habitant				Dépenses publiques de santé par habitant			
	1990-2000	2000-2007	2007-2009	2009-2012 *	1990-2000	2000-2007	2007-2009	2009-2012 *
Grèce	3,4	7,0	0,1	-9,0	4,6	7,1	6,6	-9,6
Irlande	6,9	6,4	6,0	-3,7	7,3	6,8	3,8	-6,0
Portugal	7,8	1,8	2,4	-2,4	8,0	1,9	2,3	-3,5
Espagne	3,5	4,1	3,6	-1,5	2,5	4,1	5,7	-2,6
Italie	1,8	2,0	1,1	-1,4	1,1	2,8	1,5	-1,6
Royaume-Uni	4,5	5,2	3,8	-1,3	4,0	5,5	5,5	-1,0
Danemark	2,6	3,3	3,1	-1,2	2,8	3,4	3,5	-0,9
France	3,4	2,1	1,5	0,8	3,8	1,8	1,4	0,7
États-Unis	3,2	4,0	2,0	1,3	4,1	4,7	4,3	1,7
Allemagne	2,4	1,5	3,9	1,4	2,8	0,9	4,2	1,5
Suède	1,8	3,8	1,7	1,4	1,2	3,2	1,8	1,3
Pays-Bas **	2,4	6,1	3,6	1,6				
Moyenne	3,7	3,9	2,7	-1,2	3,8	3,8	3,7	-1,8

* 2011 pour Pays Bas, Portugal et Espagne ; 2013 pour Allemagne et Italie.

** L'OCDE ne publie plus de séries pour les dépenses publiques de santé des Pays-Bas.

Note : pays classés par ordre croissant du taux de croissance des dépenses totales de santé entre 2009 et 2012.

Source : calculs à partir des données OCDE.

fortement diminué durant la période de récession qu'en Irlande, tout en restant positive (+3,8 % par an), ce dernier pays se distinguant (avec d'autres comme la Hongrie et la Slovaquie) pour avoir entamé des restrictions budgétaires bien plus tôt qu'ailleurs (Delahaie, 2010).

Une rupture sur l'évolution des dépenses de santé à partir de 2010

L'évolution des dépenses totales de santé par habitant (toujours en termes réels) connaît une rupture à partir de 2010. Alors que leur croissance moyenne était de l'ordre de 4 à 5 % par an depuis des années dans l'OCDE, elles ont chuté à 0,1 et 0,5 % respectivement en 2010 et 2011 (Morgan, Astolfi, 2014).

L'OCDE, à partir de données s'arrêtant à l'année 2011, constate également que la rupture s'opère plutôt en 2010 (van Gool, Pearson, 2014). En comparant les taux de croissance des dépenses par tête entre 2000-2009 et 2009-2011, plusieurs groupes de pays sont distingués :

- les pays ayant opéré des « coupes élevées », avec deux sous-catégories : ceux dont les dépenses par tête en termes réels ont diminué sur la période 2009-2011 (Grèce, Irlande, Portugal, Royaume-Uni, Danemark, Slovaquie, République tchèque, Espagne, Italie) et ceux qui, bien que connaissant encore une croissance positive de leurs dépenses par tête, ont vu le rythme de cette croissance annuelle baisser de plus de 4 points entre 2000-2009 et 2009-2011 (Pays-Bas, Pologne, Slovaquie) ;

- les pays ayant connu des « coupes modestes », avec une baisse de la croissance des dépenses par tête entre 2009 et 2011 de moins de 4 points (Finlande, États-Unis, Belgique), voire de moins de 2 points (France, Suède, Hongrie) ;

- enfin, l'Allemagne est le seul pays qui n'a pas vu la croissance de ces dépenses diminuer entre les deux périodes.

Les données portant sur la période 2009-2012 permettent de confirmer globalement ce constat (tableau 1). Par rapport à la période antérieure à 2007, la décélération de la croissance annuelle entre 2009 et 2012 est très forte. Le taux de croissance annuel des dépenses de santé est même devenu négatif, une première depuis plus d'un demi-siècle, dans plusieurs pays : Grèce (-9 %), Irlande (-3,7 %), Portugal (-2,4 %), Espagne (-1,5 %), Italie (-1,4 %), Royaume-Uni (-1,3 %), Danemark (-1,2 %). La baisse dans ces pays provient pour beaucoup des dépenses publiques de santé qui y diminuent davantage en moyenne : -9,6 % en Grèce, -6,0 % en Irlande, -3,5 % au Portugal, -2,6 % en Espagne, -1,6 % en Italie, sauf au Royaume-Uni (-1,0 %) et au Danemark (-0,9 %). Mais, même dans les pays où les dépenses continuent de croître, comme la France ou la Suède, le rythme d'augmentation est en très fort ralentissement par rapport aux périodes précédant la crise, l'Allemagne faisant exception.

Si, sous le coup de la rigueur, on peut donc constater presque partout une rupture dans l'augmentation des dépenses de santé et notamment des dépenses publiques de santé, ces dernières ont en moyenne dans l'UE été épargnées *relativement* à l'ensemble des autres dépenses publiques¹. Entre 2009 et 2012, les dépenses publiques consacrées à la santé, bien que connaissant une forte décélération, ont ainsi été moins atteintes que l'ensemble des autres dépenses en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas, en France, en Suède, au Royaume-Uni.

1. Selon les données « cofog » sur le taux de croissance des différentes catégories de dépenses publiques.

En revanche, dans les pays ayant connu de fortes tailles dans les dépenses publiques comme la Grèce, l'Irlande, l'Espagne et le Portugal, les dépenses publiques de santé y ont davantage diminué. Derrière la rupture commune à tous les pays européens à partir de 2010 dans la croissance des dépenses de santé se distinguent donc schématiquement deux groupes de pays : les pays du « Nord », dans lesquels la santé a certes été mise à contribution, mais moins que le reste des dépenses publiques, et les pays « périphériques » dans lesquelles elle a été une des cibles privilégiées des coupes.

Des restrictions inefficaces au regard même des objectifs économiques

Les effets positifs à long terme sur la productivité et la croissance des investissements dans la santé et l'éducation font largement consensus, on parle d'investissement dans le « capital humain » ou d'« investissement social ». En période de déficit, cet argument tend cependant à s'effacer au nom d'impératifs de réductions des dépenses publiques, et, au nom de l'efficacité des politiques économiques, on repousse l'idée d'investir dans la santé et l'éducation à des jours meilleurs. Pourtant, cette option reste contestable même à l'aune du seul objectif de réduction rapide des déficits.

La capacité des politiques de restrictions budgétaires à diminuer le déficit public dépend en effet en grande partie de la réaction de ces mesures sur la croissance, réaction que l'on mesure par le multiplicateur budgétaire. Un multiplicateur de 1 signifie qu'une contraction de 1 euro des dépenses publiques entraîne une baisse de 1 euro du PIB. Une politique

de réduction des déficits, pour ne pas être trop récessive et donc être efficace, doit tenir compte du niveau du multiplicateur budgétaire. Le FMI, suivi en cela par la Commission européenne, pré-jugeait sur une base « consensuelle » peu questionnée que le multiplicateur n'était que d'environ 0,5 ; il en a déduit, à partir de 2009, que les coupes dans les dépenses publiques pouvaient être massives, et que leurs effets récessifs à court terme resteraient mineurs et acceptables au regard des bienfaits attendus du rétablissement des comptes publics. Début 2013, le FMI a finalement reconnu qu'il avait gravement sous-estimé la valeur du multiplicateur budgétaire, estimant alors qu'il était en réalité proche de 1,5, et qu'en conséquence ses préconisations avaient été erronées et avaient conduit à des restrictions excessives (Blanchard, Leigh, 2013). À partir d'une estimation sur les données de 25 pays de l'UE antérieures à la récession (1995-2007), Reeves *et alii* (2013) évaluent le multiplicateur à 1,6¹.

Mais le résultat majeur de cette dernière étude est de relever un autre biais important et passé sous silence. Les préconisations du FMI et de la Commission européenne reposaient implicitement aussi sur l'idée que le multiplicateur budgétaire était au même niveau (0,5) quel que soit le domaine dans lequel les coupes budgétaires devaient intervenir. Or, on peut s'attendre à ce que la baisse de certaines dépenses ait un effet plus fort que d'autres sur la croissance, par exemple parce qu'elles souffrent peu des fuites vers l'épargne ou hors de l'économie nationale : ce devrait être le cas des dépenses de santé et d'éducation, qui sont des activités très peu délocalisées (et délocalisables). Les importations de services de

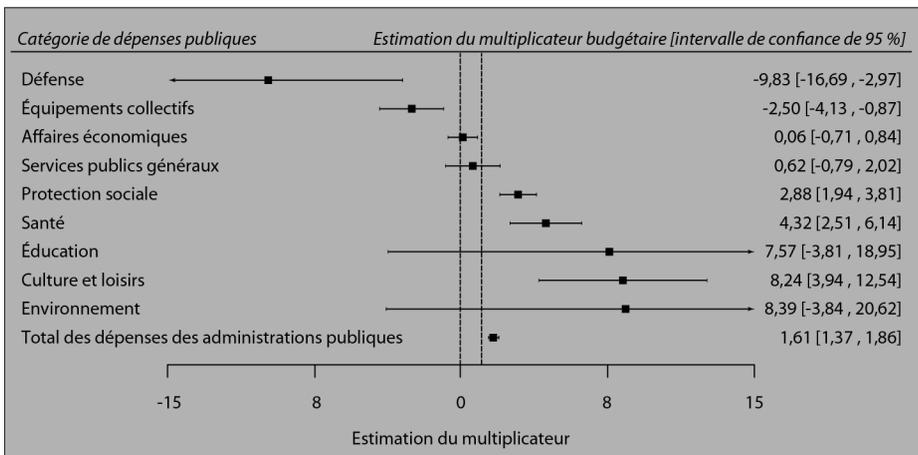
1. L'essentiel des résultats et des enseignements sont repris dans Stuckler et Basu (2014:106, 107, 141). Stambach (2014) en donne un résumé percutant.

santé, correspondant aux soins reçus par des résidents à l'étranger (et aux produits et services livrés à distance), constituent en effet une part marginale des dépenses de santé : 0,2 % en France, 0,6 % en Allemagne, 0,08 % au Royaume-Uni (OCDE, 2013).

Reeves *et alii* (2013) ont recalculé le multiplicateur pour les différents secteurs de l'économie et ont confirmé cette intuition. Les dépenses publiques les plus « productives », qu'il conviendrait d'augmenter ou de préserver le plus, sont les dépenses de protection sociale (hors santé), de santé et d'éducation, avec des multiplicateurs estimés respectivement à 2,8, 4,3 et 8,4. Inversement, les dépenses publiques qui soutiennent peu l'activité sont les dépenses pour la défense et pour l'économie, avec un multiplicateur de -9,8 et 0,1 respectivement (graphique 1). Les dépenses publiques de santé, d'éducation

et de protection sociale sont à préserver, pas seulement pour leurs effets positifs à long terme largement reconnus, mais également pour leurs effets très positifs à court terme sur la croissance. Favoriser la reprise et la croissance exigerait donc d'arrêter de couper dans ces secteurs et d'y investir davantage. À l'inverse, l'effet budgétaire des plans de sauvetage des banques, des aides aux entreprises et des budgets de la défense est « improductif » car les fonds ainsi investis ne retournent que partiellement dans l'économie (délocalisations, investissements à l'étranger, distributions de dividendes, bulle financière, paradis fiscaux). La réduction des déficits, si elle doit passer par des baisses de dépenses publiques, devrait plutôt privilégier des réductions des dépenses de défense, et à destination des banques et de l'industrie.

Graphique 1. Estimation du multiplicateur budgétaire selon les catégories de dépenses publiques (25 pays de l'UE – 1995-2007)



Lecture : le multiplicateur budgétaire est estimé sur 25 pays de l'UE sur une période antérieure à la crise (1995 et 2007). Cet indicateur permet de mesurer l'augmentation (la baisse) du PIB lorsque les dépenses publiques augmentent (baissent) de 1 euro. Pour l'ensemble des dépenses publiques, le multiplicateur estimé est de 1,61, ce qui signifie qu'une baisse (hausse) de 1 euro entraîne une baisse (hausse) de 1,61 euro du PIB (la valeur estimée se situe dans un intervalle de confiance situé entre 1,37 et 1,86). Pour les seules dépenses publiques de santé, le multiplicateur est de 4,32 (avec un intervalle de confiance entre 2,51 et 6,14), ce qui signifie qu'une baisse de 1 euro des dépenses publiques de santé induit une baisse (hausse) encore plus forte du PIB.

Source : Reeves *et alii* (2013).

Ces résultats permettent de conclure que les politiques de restriction budgétaire en matière de santé sont inefficaces sur le plan économique, en plus d'être dangereuses pour la santé (graphique 1).

**La « privatisation du soin » :
un cadre pour analyser les réformes ¹**

Diminuer les dépenses publiques de santé n'est pas aussi simple que de diminuer le montant d'un transfert monétaire. Pour comprendre les processus de réformes dans ce domaine, il est utile de repartir des réformes entreprises depuis longtemps. Tous les pays européens ont plus ou moins été marqués depuis une trentaine d'années par des réformes dans le domaine de la santé, caractérisées par une multiplicité d'objectifs et d'instruments. Une tendance lourde et commune à ce foisonnement de réformes « structurelles », qui ont pris des formes très diverses selon les pays, compte tenu notamment du poids de l'histoire, est l'introduction de logiques et mécanismes de marché. Le mot d'ordre commun est celui de « privatisation », entendu dans un sens large, combiné à une autre tendance lourde, la décentralisation.

Pour analyser les changements et pouvoir les comparer entre pays et en leur sein, Batifoulier (2014) et André *et alii* (2014) proposent un canevas permettant de classer selon plusieurs dimensions les modes ou processus de privatisation à l'œuvre dans les pays européens entre 1980 et 2007.

La distinction majeure à opérer est celle entre privatisation du financement des soins et privatisation de la délivrance des soins. La France permet d'illustrer cette distinction fondamentale : environ

les trois quarts des dépenses de santé sont « publiques » (le fait d'administrations publiques, principalement la Sécurité sociale), tandis qu'environ un tiers seulement des soins sont procurés par des administrations publiques, pour l'essentiel à travers le service public hospitalier, la majorité de la délivrance des soins l'étant par des agents privés (cliniques privées, professionnels de santé exerçant en libéral).

Une seconde distinction consiste à séparer processus de privatisation externe et interne. Les premiers, les plus évidents, consistent en un transfert vers les acteurs privés pour délivrer ou bien financer les soins. Les seconds, les processus de privatisation « interne », correspondent à une forme de privatisation au sein même des entités publiques, sans appel aux acteurs privés, pour la délivrance de soins, et de façon plus rare pour leur financement.

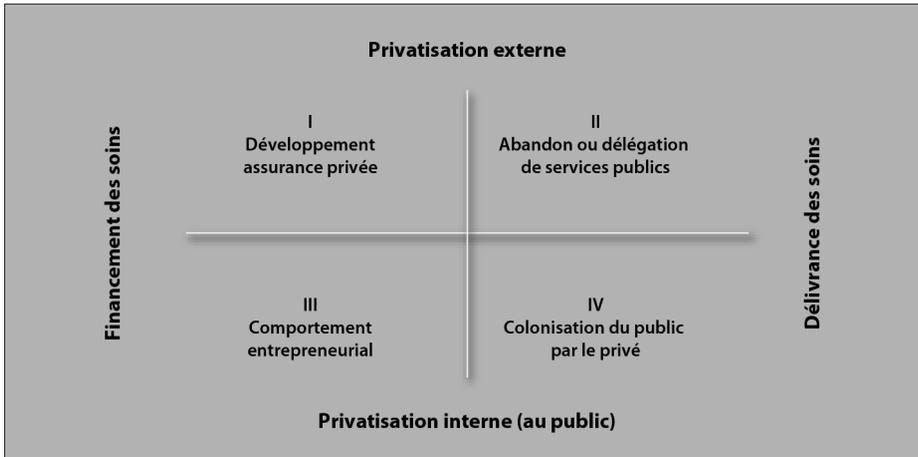
Cette double distinction permet de dégager quatre processus de « privatisation » possibles (schéma 1).

1) La « privatisation externe du financement » ou développement du financement des soins par les ménages et l'assurance privée (cadran I) correspond principalement aux politiques tendant à diminuer la part des dépenses de soins prise en charge par les dépenses publiques, en augmentant les frais à la charge des usagers. Entrent également dans cette logique d'externalisation du financement les partenariats public-privé destinés à financer les hôpitaux publics par des fonds privés.

Cette forme de privatisation a un fondement théorique fragile puisqu'elle repose sur la notion d'aléa moral du patient,

1. Ce paragraphe emprunte beaucoup à André *et al.* (2014) et Batifoulier (2014).

Schéma 1. Modes de privatisation



Source : André, Hermann (2009) ; Batifoulrier (2014), André *et al.* (2014).

la prise en charge d'une part plus importante des frais des soins devant « responsabiliser » le patient et diminuer le risque qu'il abuse du système. Même jusqu'à des niveaux globaux de prise en charge publique des dépenses de santé supérieures à 80 %, les travaux ne valident pas ce postulat, notamment parce que l'activité de soins est déterminée au moins autant par l'offre de soins que par la demande (Grignon, 2010). L'absence de demande autonome du patient fait que vouloir le « responsabiliser » n'a pas de sens pour la plupart des dépenses de soins, en particulier les dépenses hospitalières (Dormont, 2014). Même pour les autres soins, il n'est pas avéré qu'une diminution de la prise en charge par des dépenses publiques, et corrélativement le transfert du financement vers les ménages, puisse conduire à « responsabiliser » les patients et limiter la consommation de soins et les dépenses de santé, *a fortiori* si ces ménages bénéficient d'une couverture privée : la modération ne porte alors guère plus que sur les assurés sans complémentaire santé, donc surtout des ménages aux ressources faibles, ainsi incités à renoncer aux soins.

Les travaux montrent qu'une telle stratégie de privatisation du financement est inefficace sur le plan économique, comme l'illustre l'expérience américaine : alors que plus de la moitié des dépenses de santé sont à la charge des ménages, le total de ces dépenses culmine à environ 18 points de PIB. D'une analyse des réformes visant à augmenter le partage des coûts, l'OCDE conclut que si ce « *cost sharing* » peut être efficace pour limiter les dépenses publiques dans le court terme, ce n'est pas forcément le cas dans le long terme, et cela l'est encore moins, voire cela pourrait être contre-productif, si l'objectif est de contenir les dépenses totales de santé. En effet, un basculement de ces coûts vers les ménages (et les assurances privées complémentaires en France) peut conduire à augmenter les dépenses de santé, en raison des coûts de gestion des organismes privés complémentaires, largement supérieurs à ceux de l'assurance maladie obligatoire du fait de moindres économies d'échelles, de frais liés à la différenciation des contrats, à la recherche des clients, au *marketing* et autres formes de surcoûts (parmi lesquels

les dividendes versés aux actionnaires des assurances ¹). En France, ces frais sont de plus en plus élevés. Pour un même montant de remboursement, les frais de gestion des complémentaires sont en effet en France 4,8 fois plus élevés que ceux de la Sécurité sociale en 2012 ² ; ils n'étaient que 3,6 fois plus élevés en 2000 (respectivement 6,4 et 4,9 fois pour les seules sociétés d'assurance). En outre, à ces coûts privés supportés par les ménages s'ajoutent les coûts pour les finances publiques puisque le recours aux assurances privées bénéficie peu ou prou d'avantages fiscaux (réductions d'impôt, niches fiscales et sociales, comme il en existe en France ³). Sans écarter son intérêt pour ce type de réforme, au motif que la concurrence entre assureurs privés pourrait contribuer à une meilleure adaptation de la couverture aux préférences des individus (Pisu, 2014), l'OCDE rejette dans tous les cas les incitations fiscales liées au recours aux assurances privées, jugées inefficaces pour diminuer les dépenses

de santé et même les seules dépenses publiques. Leur coût dépasse les économies qu'elles pourraient générer pour les finances publiques en raison d'effets d'aubaine, les avantages ainsi consentis étant en outre très inégalement répartis en faveur des personnes les plus aisées.

2) La « privatisation externe de la délivrance des soins » ou abandon/délégation de service public (cadran II) englobe les changements visant à transférer le service de délivrance des soins à des entités privées. Cette privatisation se manifeste de diverses manières : création de nouveaux services privés, transformation d'organismes publics en entités à but lucratif, « agencification », externalisation ou vente d'hôpitaux publics à des fonds privés, transferts de missions de service public aux hôpitaux privés, promotion de l'exercice privé dans les hôpitaux publics, externalisation de certaines tâches (du nettoyage aux examens et actes médicaux), etc.

-
1. Certains de ces facteurs de surcoûts des assurances privées sont particulièrement importants pour les assurances privées *complémentaires* à l'assurance maladie obligatoire, un dispositif très spécifique à la France, qu'il convient de ne pas « naturaliser » pour les autres pays. Dans les autres pays, si les assurances privées santé peuvent exister, elles prennent de tout autres formes. Il peut s'agir d'assurances privées *supplémentaires* permettant de couvrir d'autres soins ou biens médicaux que ceux pris en charge par le système public (ce type d'assurances supplémentaires existe à la marge en France). Ce peut être des assurances privées *duplicatives* ou *parallèles*, assurances qui permettent, souvent dans un système national de santé, de pouvoir recourir plus rapidement à des filières de soins privilégiées et ainsi éviter les files d'attente du secteur public (48 % des personnes en Irlande ont de telles assurances privées, et environ 10 % au Royaume-Uni, en Espagne et en Italie). Ce peut enfin être des assurances privées *substitutives*, c'est-à-dire se substituant intégralement à l'assurance maladie obligatoire, telles qu'il en existe en Allemagne pour les ménages disposant de hauts revenus (11 % de la population).
 2. Les frais de gestion des organismes complémentaires s'élèvent à 6,239 milliards d'euros en 2012 pour servir 13,7 % des dépenses de biens et services médicaux, soit à peine moins que les frais de gestion de la Sécurité sociale qui s'élèvent à 7,166 milliards d'euros pour servir 75,5 % des dépenses de biens et services (Comptes de la santé 2012).
 3. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a évalué le coût de ces aides publiques à 5,6 milliards d'euros en 2011, dont 3,6 milliards pour les contrats collectifs obligatoires. Ces aides présentent en outre l'inconvénient d'avoir des effets inflationnistes sur les prix des soins, en particulier d'encourager les dépassements d'honoraires. La mise en œuvre du caractère obligatoire des complémentaires dans les entreprises, consécutif à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, aura un coût supplémentaire pour les finances publiques de 1,5 milliard (étude d'impact du projet de loi sur la sécurisation de l'emploi) à 2 milliards (avis du HCAAM du 18 juillet 2013).

Les arguments avancés pour l'introduction de la privatisation et de formes de concurrence dans la délivrance des soins peuvent se résumer à l'idée que les acteurs privés placés en situation de concurrence sont plus efficaces pour organiser et délivrer des soins. Ainsi, l'exercice libéral de la médecine avec paiement à l'acte est parfois préféré car, à l'opposé d'une médecine salariée (ou avec un paiement à la capitation), considérée comme plus efficace pour contrôler les coûts, il procurerait des incitations supérieures pour que les professionnels garantissent une meilleure qualité des soins. Cependant, dès lors qu'en matière de soins, l'offre détermine pour partie la demande, la multiplication des offreurs privés délivrant des soins peut entraîner des effets inflationnistes et conduire à diverses formes de gaspillage. La privatisation de l'offre peut aussi avoir pour inconvénient d'en rendre le coût moins contrôlable. C'est d'ailleurs pour mieux maîtriser les coûts que le gouvernement néerlandais envisage de donner une prime aux médecins exerçant en libéral à l'hôpital acceptant d'y devenir salariés (Wierink, dans ce numéro). Selon un *survey* de l'OCDE, une grande circonspection doit donc être de mise quant à la capacité de la concurrence entre fournisseurs de soins à pouvoir contenir les dépenses de santé (Pisu, 2014). Même si elles ne sont pas aptes à limiter les dépenses publiques de santé, ces réformes sont donc fondées sur le seul préjugé favorable au secteur privé.

3) La « privatisation interne du financement » (cadran III) correspond à une privatisation du financement des

soins non pas par le désengagement des acteurs publics (Sécurité sociale ou État) mais par l'introduction de mécanismes de marché dans le financement des soins par des administrations (caisses) publiques¹. Elle implique une autonomisation des caisses d'assurance maladie, notamment pour passer des contrats avec les fournisseurs de soins, un système de concurrence régulée entre caisses par le libre choix des caisses par les patients et la mise en concurrence des offreurs de soins par les caisses. La structure du système doit pouvoir se prêter à de tels changements (système de caisses financées par cotisations sociales) et une telle organisation implique en outre un fort et difficile encadrement de la concurrence pour contrôler la sélection des risques et/ou prévoir des mécanismes de péréquation ou compensation entre les caisses. Elle n'a réellement été mise en œuvre qu'aux Pays-Bas (Cohu *et al.*, 2006 ; Wierink, 2008, 2011) et en Allemagne (Kahmann, dans ce numéro). À l'occasion de la crise, le gouvernement néerlandais a cherché à intensifier les mécanismes de marché de l'assurance santé et envisagé de supprimer la péréquation entre caisses, ce qui pourrait mettre à mal la solidarité d'ensemble du système (Wierink, dans ce numéro).

4) La « privatisation interne de la délivrance de soins » ou colonisation du public par le privé (cadran IV) correspond à l'introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur des acteurs ou services publics (hôpitaux) délivrant les soins. Ces mécanismes prennent diverses formes : l'introduction

1. Ce type de privatisation n'existe pas en France, même si pourrait entrer dans cette logique d'introduction du marché au sein du secteur non lucratif, le progressif alignement des règles et du fonctionnement des mutuelles sur ceux des assurances privées sous l'impulsion de la législation européenne.

de nouvelles règles de gestion et pratiques de *management* inspirées du New public management et de la théorie de l'hôpital entreprise, visant à introduire les logiques de marché à l'hôpital et à favoriser la marchandisation du soin. Cette tendance passe par la promotion d'une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux publics, de nouvelles formes de financement à l'activité, de paiement à la performance (P4P ou *pay for performance*), de financements sur appel à projets, de rémunérations individuelles et collectives (services) à la performance, de promotion de la mobilité et des principes de flexibilité, de généralisation des pratiques d'évaluation et de critères de performance, de l'accent mis sur la concurrence au sein même des hôpitaux pour la recherche de contrats, de mécanismes de séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins... Les fondements théoriques de ce type de changement sont à chercher du côté du New public management et des quasi-marchés. Une des idées forces est celle de l'autonomie ou autonomisation : ce processus peut donc souvent aller de pair avec des tendances à la décentralisation. Comme le conclut l'OCDE d'une étude sur la mise en œuvre de mesures de « paiement à la performance » dans une dizaine de pays, ces mesures ne semblent pas avoir conduit à limiter les dépenses de santé, ni même, alors qu'il s'agit souvent de leur objectif affiché, à améliorer la qualité des soins, mais semblent permettre de modifier les rapports de pouvoir en matière de soins et de santé au profit des gestionnaires et conduire à une plus grande

marchandisation du soin (Cashin *et al.*, 2014). Ce mouvement de transformation de l'hôpital public en entreprise privée est renforcé par et renforce à son tour la tendance au délitement des collectifs de travail (Batifoulouier, 2014).

Certaines des mesures prises depuis le tournant de la rigueur en 2010-2011 peuvent s'analyser dans le cadre des « réformes structurelles » de privatisation et se situent dans le prolongement de réformes antérieures. Ces mesures pourront donc être discutées à l'aune des expériences passées de « privatisation », qu'il s'agisse de privatisation par transfert du financement du public vers les ménages et les assurances privées (cadran I) ou de privatisation au niveau de la délivrance des soins (cadran II et IV) ¹. Cependant, nous verrons aussi que ce sont davantage d'autres mesures n'entrant pas dans ce cadre d'analyse des « réformes structurelles » qui expliquent la forte rupture constatée à partir de 2010 dans l'évolution des dépenses de santé et qui prennent en particulier la forme de baisses directes des emplois et des revenus dans le secteur de la santé.

Les modalités des réformes dans le domaine de la santé depuis la crise ²

Les mesures ayant affecté le secteur de la santé depuis la crise sont diverses. Le moyen le plus important de limitation voire de réduction des dépenses publiques de santé dans beaucoup de pays a consisté à comprimer les revenus et les emplois, en particulier dans le secteur

1. Nous ne reviendrons pas sur la « privatisation interne du financement » (cadran III), processus de mise en concurrence au niveau des financeurs publics, très rare et qui ne semble pas apte à limiter les dépenses de santé, selon les conclusions mêmes de l'OCDE (Pisu, 2014).

2. Ce paragraphe propose une relecture des informations sur les nombreuses mesures décidées depuis quelques années, informations non exhaustives glanées dans les articles de ce numéro et dans diverses publications dont van Gool et Pearson (2014) et Eurofound (2013, 2014).

Encadré 1

Le rôle de l'Union européenne en matière de santé

Si l'europanisation des politiques de santé comme des autres politiques sociales est indéniable, elles relèvent toujours très largement de la compétence et de choix nationaux. Parmi les canaux de cette europanisation, il est d'usage de citer la santé au travail, qui est de la compétence de l'UE dont le rôle a été certain même s'il tend à s'estomper. Sur le fondement des traités qui promeuvent les grandes libertés économiques, le marché intérieur et la concurrence, la Commission européenne et surtout la Cour de justice de Luxembourg ont été des vecteurs importants de libéralisation et de marchandisation des systèmes de santé. Cependant, qu'il s'agisse de la levée des freins à la libre circulation des travailleurs, des professionnels de santé ou des patients ou de libre prestation transfrontalière de produits et services médicaux, leurs effets sur l'architecture d'ensemble et le niveau de socialisation de ces systèmes restent globalement mineurs, comme en témoigne l'extrême diversité de ces derniers. L'UE, à travers des mécanismes d'échanges, de coopération ou de *soft law* (« méthode ouverte de coordination »), a probablement des effets indirects sur les réformes nationales dans le domaine de la santé à travers la mise en place de cadres cognitifs communs qui permettent d'acculturer les responsables et hauts technocrates nationaux à des visions et des solutions communes.

En définitive, l'UE agit désormais de façon importante sur les politiques sociales nationales à travers ses pouvoirs accrus de surveillance budgétaire. Les recommandations de politique budgétaire aux pays effectuées dans le cadre du « semestre européen » insistent beaucoup sur des mesures de baisse des dépenses de santé et sur des réformes pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé (faire autant avec moins), par exemple en 2013 pour des pays comme l'Espagne, la Bulgarie et la Roumanie (Eurofound, 2014). La pression est évidemment plus forte pour le Portugal, l'Irlande et la Grèce, soumis à un mémorandum par la troïka et/ou pour les pays ayant reçu des prêts conditionnés à des mesures sur les dépenses publiques (Hongrie, Lettonie). Les protocoles d'accord de l'UE et du FMI signés avec la Grèce, l'Irlande et le Portugal stipulent ainsi que les dépenses publiques de santé ne devraient pas dépasser 6 % du PIB. Pour le Portugal, parmi les conditions exigées par les créanciers en 2010-2011 figuraient des mesures très détaillées de réforme du système de soins, laissant très peu de marge de manœuvre aux élus et au peuple portugais. Il ne fait guère de doute que ces diverses injonctions constituent une violation de la Charte sociale des droits fondamentaux de l'UE¹, en particulier son article 35 : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de *toutes* les politiques et actions de l'Union. » Le rôle protecteur de cette charte, qui a pourtant acquis valeur de traité depuis l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne en 2009², est donc à relativiser, comme le sont les nombreux canaux, en dehors de la surveillance des budgets publics, par lesquels l'UE intervient également dans des domaines intéressant la santé.

1. Charte proclamée le 7 décembre 2000.

2. Hormis pour la Pologne, le Royaume-Uni et la République tchèque.

public de santé. La période a aussi été l'occasion d'amplifier les mesures de « privatisation externe du financement du soin » en augmentant les frais laissés à la charge des patients. La période a aussi été l'occasion d'accélérer les « réformes structurelles » de « privatisation de la délivrance des soins », à travers le basculement d'activités vers le secteur privé ou encore l'introduction de logiques marchandes dans le secteur public de santé.

Le rôle de l'UE sur les évolutions intervenues depuis 2009 s'opère essentiellement à travers le cadre de suivi et de contrôle des engagements budgétaires, et finalement peu à travers ses autres canaux d'intervention (encadré 1).

Les ajustements quantitatifs : diminuer les revenus du travail et l'emploi

Comme les dépenses de santé correspondent directement pour environ les quatre cinquièmes à la rémunération des travailleurs qui produisent les services de soins, les mesures visant à limiter de façon conséquente les dépenses de santé, et *a fortiori* les dépenses publiques, doivent porter sur ces rémunérations, les actions de déremboursement ou la pression sur le médicament ne pouvant suffire (voir *infra*). Schématiquement, cela passe principalement par une réduction des emplois et/ou des revenus individuels des travailleurs du secteur (salaires, honoraires des professionnels libéraux).

Cette action de diminution des emplois et des revenus sera *a priori* plus facile à instaurer sur les salariés opérant dans le secteur public (l'hôpital), et ce moyen pourra d'autant plus être mobilisé dans les pays à système national de santé et/ou dans lesquels le secteur public hospitalier est étendu. Inversement, dans les systèmes d'assurance maladie opérant par remboursement, où les professionnels de santé relèvent de structures

privées ou exercent en libéral, elle sera plus difficile à mettre en œuvre. L'expérience française illustre cette plus grande difficulté à contrôler le volume et le prix de l'offre de soins des professionnels libéraux (encadré 2).

De nombreux pays européens ont agi sur le coût public de l'offre de soins par compression des capacités hospitalières, des emplois et des salaires (Vaughan-Whitehead, 2013 ; articles de ce numéro). Du point de vue chronologique, les ajustements ont souvent d'abord porté sur les salaires et seulement ensuite sur les emplois.

Baisse des salaires réels

La pression sur les salaires a été commune à tous les pays, à l'exception de la Suède et, dans une moindre mesure, de l'Allemagne. Les salaires réels des personnes employées dans les hôpitaux publics, ou dans le système national de santé quand il en existe un, ont diminué. L'action des pouvoirs publics sur les revenus des travailleurs du secteur de la santé a été plus évident dans les pays ayant un système national de santé avec des professionnels essentiellement salariés, comme les pays nordiques, le Royaume-Uni, l'Irlande, les pays du Sud de l'Europe, que dans les pays où l'exercice indépendant ou libéral est étendu. D'ailleurs, la médecine libérale dans un pays comme la France peut parfois être vue comme un rempart face aux velléités de limitation des dépenses, au point que de nombreux acteurs en viennent à en défendre les intérêts, persuadés ainsi de défendre les leurs.

Dans certains pays, cette baisse des salaires réels résulte de sous-revalorisations ou de gels, souvent prolongés ces dernières années (France, Royaume-Uni, Danemark, Pays-Bas). Ces gels s'appliquent en général à tous les

Encadré 2

Agir sur le volume et le prix de l'offre de soins : le cas français

La France est caractérisée par un système d'assurance maladie et un important secteur libéral. Le contrôle du prix et du volume de l'offre de soins a toujours davantage porté sur l'hôpital, et très peu sur la médecine libérale. Les principes de paiement à l'acte et de liberté d'installation des professionnels libéraux n'ont jamais été remis en cause, un contrôle du volume d'activité n'existant qu'à travers la limitation de la démographie médicale (le *numerus clausus* instauré en 1978). Les tentatives pour agir sur les pratiques des professionnels libéraux de santé depuis les années 1990 à travers la conclusion de conventions et la mise en place d'instruments de maîtrise médicalisée des dépenses de soins n'ont jamais été très efficaces. Les pouvoirs publics ont tenté de limiter les coûts de la médecine libérale à travers des prix administrés pour les actes médicaux comme pour les médicaments, mais ces tentatives se sont accompagnées d'un fort laxisme des pouvoirs publics à l'égard des dépassements d'honoraires (Batifoulier, 2014), qui ont été encouragés (création du secteur 2 dit « à honoraires libres » en 1980) voire institutionnalisés ; par ailleurs, sous la pression de l'industrie pharmaceutique, les pouvoirs publics ont autorisé la mise sur le marché de nouveaux médicaments coûteux et à l'apport médical souvent douteux. Le poids politique des médecins a certainement joué un rôle dans leur capacité à défendre les avantages tirés de leur pratique libérale, comme celui des grandes firmes qui dominent l'industrie pharmaceutique s'agissant du médicament.

À l'inverse, l'action pour contenir les dépenses de l'hôpital public a été plus forte depuis les années 1980, à travers des modifications du financement, la mise en place de budgets globaux à partir de 1984 (à la place du « prix de journée ») puis surtout la « tarification à l'activité » à partir de 2004, conduisant à des restructurations importantes. La part de l'hôpital dans le total des dépenses de soins et biens médicaux est ainsi passée de 54,7 % en 1982 à 46,4 % en 2013. Depuis le déclenchement de la crise, la limitation des dépenses passe en France par des restrictions sur les embauches à l'hôpital (restrictions favorisées par les nouveaux modes de financement) et surtout par le gel prolongé des salaires qui touche l'ensemble des fonctionnaires.

emplois du secteur public, pas seulement à ceux de la santé. Mais certains pays « périphériques » sont allés bien au-delà de simples gels et, dans des stratégies plus marquées de déflation salariale (IRES, 2012), ont coupé drastiquement dans les salaires nominaux, et parfois spécifiquement dans ceux des professionnels de santé (Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Hongrie, Roumanie, pays baltes). De

façon unilatérale, la rémunération des heures supplémentaires ou du travail de nuit et durant les jours fériés (répandu dans le secteur de la santé) a été diminuée, de plus de moitié en Grèce (Karakioulafis, dans ce numéro).

Diminution des emplois et dégradation des conditions de travail

De nombreux pays ont également cherché à réduire l'offre en limitant

directement les emplois et les capacités d'accueil du secteur public. Les réductions des capacités d'accueil de l'hôpital public (nombre de lits), à l'œuvre depuis longtemps dans la plupart des pays de l'OCDE, se sont accélérées, par la baisse du nombre d'admissions (en particulier pour les soins de longue durée aux personnes ayant des problèmes mentaux), la diminution de la durée des séjours (Portugal, Roumanie, Suède...), ou de façon plus radicale encore, sous la forme de fermetures d'hôpitaux publics, de fusions ou regroupements, et parfois leur remplacement de fait par des structures privées (voir *infra*). De nombreuses fermetures d'hôpitaux, maternités, centres de soins ou dispensaires sont signalées et les zones rurales sont particulièrement concernées (Portugal, Grèce, Hongrie, Roumanie). Au Danemark, la période a permis d'accélérer des fermetures d'hôpitaux envisagées depuis longtemps.

Dans de nombreux pays, l'hôpital public est de la responsabilité des régions ou d'autres niveaux infranationaux pour l'organisation et/ou le financement (Italie, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Allemagne, Suède, etc.) : s'y attaquer en limitant les dotations implique de priver les régions de possibilités d'augmenter leurs ressources propres ou de s'endetter. Une certaine résistance au Royaume-Uni (Lefresne, dans ce numéro), et un décalage dans le temps, comme en Espagne, se sont fait sentir, et l'État a dû imposer aux régions des plafonds de dépenses spécifiques pour la santé (Vincent, dans ce numéro).

La baisse du nombre des emplois publics passe aussi par le non-remplacement d'un certain quota de départs à la retraite, ce qui existait dans de nombreux pays avant la crise mais qui a été généralisé dans presque tous les pays (sauf en Suède, aux Pays-Bas et en

Allemagne). Pour une diminution rapide du nombre d'emplois, des pays, comme la Grèce, le Portugal et l'Irlande, ont agi en ne renouvelant ni les emplois en contrats temporaires, ni les départs. Au niveau global, une forte baisse de l'emploi dans le secteur public de santé, et même de l'ensemble des emplois dans le domaine de la santé (mais pas du nombre de médecins), est effectivement constatée ces dernières années dans les pays soumis à une forte austérité (Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Espagne, Roumanie).

La suppression des postes s'est accompagnée par une dégradation des statuts, facilitée au Portugal par un contexte de quasi-suppression de la fonction publique (Pernot, Rego, dans ce numéro) ou aux Pays-Bas avec de plus grandes possibilités de licenciement des fonctionnaires (Wierink, dans ce numéro). Le recours à des personnels temporaires ou précaires s'est fortement accru dans les pays « périphériques ». Les réductions des emplois et des salaires ont aussi des effets indirects sur les conditions de travail, avec une intensification du travail et une augmentation du temps de travail (Vaughan-Whitehead, 2014). Les salariés du secteur public au Portugal et en Espagne se sont vus imposer un fort accroissement de la durée du travail (de 35 à 40 heures au Portugal) sans aucune forme de compensation salariale.

Cette dégradation des conditions de travail et la baisse prolongée des salaires réels dans le public, ou même une dynamique salariale durablement plus dégradée par rapport au secteur privé, posent à terme de redoutables problèmes de recrutement et de qualité des personnes embauchées, comme le soulève l'OCDE elle-même. Si ce problème vaut pour l'ensemble du secteur public, il est accentué dans la santé compte tenu de la situation de pénurie relative de professionnels de

santé dans presque tous les pays développés. Au Portugal, la moitié des nouveaux/elles infirmier(e)s diplômé(e)s en 2012 envisageaient ainsi de changer de profession (Pernot, Rego, dans ce numéro). Dans les pays les plus frappés du Sud et de l'Est de l'Europe, cette dégradation conduit à accélérer l'émigration de professionnels de santé, que l'on tente parfois de remplacer par des professionnels venant de pays encore moins développés.

La baisse des emplois dans le secteur public de santé affecte davantage les femmes dans tous les pays car elles y sont largement majoritaires (77 % dans la fonction publique hospitalière en France). Elles sont aussi affectées dans la mesure où ces emplois, en comparaison des emplois qu'elles peuvent trouver dans le secteur privé, leur procurent une meilleure reconnaissance des qualifications, de moindres discriminations salariales, de meilleurs salaires, et, en général, de plus grandes facilités pour concilier charges familiales et professionnelles (Rubery, 2014).

La dégradation des emplois et des salaires dans le service public de santé s'est opérée malgré de fortes résistances (Espagne, Portugal, Grèce, etc.), mêlant de façon parfois originale organisations syndicales et mouvements de la société civile, comme la « marée blanche » contre les privatisations d'hôpitaux en Espagne (Vincent, dans ce numéro). Dans nombre de pays, les réformes ont été prises sans concertation sociale (Dufresne, Pernot, 2013). L'absence d'opposition significative à ces réformes s'explique par la faiblesse des acteurs et mouvements sociaux mais également par un contexte idéologique particulièrement défavorable.

La résignation face aux décisions autoritaires, aux baisses des dépenses publiques et aux réformes s'impose d'autant plus que l'idée est martelée qu'aucune alternative aux coupes n'est possible, que la dépense publique et les agents publics sont stigmatisés et qu'une certaine rhétorique technocratique autour de l'efficacité promet toujours de « faire plus (ou mieux) avec moins » à condition d'accepter toujours plus de réformes « structurelles ». Les travaux en vogue cherchent ainsi à démontrer, comme s'il s'agissait d'une évidence, qu'on peut dépenser moins sans altérer les services rendus ¹.

Les réformes visant à augmenter les frais acquittés par les usagers

Certaines mesures s'inscrivent dans le registre des « réformes structurelles » et mettent en œuvre une « privatisation externe du financement », ou un développement du financement des soins par les ménages et l'assurance privée, par des mécanismes de partage des coûts (cadran I du schéma 1).

Ces mesures ne sont pas nouvelles. Quasiment tous les pays d'Europe ont pris de telles dispositions depuis les années 1980 mais selon des modalités et des processus très différents. Les données de l'OCDE sur les dépenses de santé montrent que, avant la crise et sur la période 1995-2007, leur part publique (en moyenne de 72 % dans l'OCDE en 2011) a très fortement baissé aux Pays-Bas mais également en Allemagne et en Suède (tableau 2).

Ces résultats globaux, outre qu'ils peuvent varier quelque peu selon la période couverte et les sources ², peuvent

1. Comme l'illustrent, par exemple, des publications récentes de la Commission européenne (Vandierendonck, 2014 ; European Commission, 2014) ou de France Stratégie (Mareuge, Merckling, 2014 ; Lorach *et al.*, 2014).

2. Les conclusions que l'on peut tirer des données publiées par Eurostat qui portent sur les dépenses de santé courante diffèrent sensiblement de celles de l'OCDE pour certains pays.

être trompeurs. Une relative stabilité ou une faible baisse de la part des dépenses de santé couvertes par des dépenses publiques peut masquer une dégradation de la prise en charge au niveau des individus ou d'une partie des individus, en raison d'effets de structure, par exemple, comme l'illustre le cas français (encadré 3), dans la structure des soins entre médecine hospitalière et ambulatoire et dans la structure entre différentes catégories d'assurés sociaux.

Mesures de privatisation du financement du soin depuis le tournant de l'austérité

Depuis 2010, de nombreux pays ont accéléré le mouvement d'augmentation du reste à charge des usagers dans le but de limiter les dépenses. Au niveau agrégé, la rigueur budgétaire depuis le début des années 2010 ne semble pas avoir conduit

à une baisse significative de la part du financement public de la santé dans certains pays moins touchés par l'austérité (tableau 2). Cette relative stabilité de la part des dépenses publiques de santé dans ces pays (stabilité qui devra être confirmée, les données disponibles s'arrêtant à 2011 ou 2012) pourrait, comme en France sur la dernière décennie (encadré 3), masquer une possible dégradation de la prise en charge au niveau individuel, au moins pour certaines catégories de personnes.

Cette privatisation du financement du soin depuis 2009 n'est visible à travers les statistiques sur la part du financement public de la santé que dans les pays les plus concernés par l'austérité : l'Irlande, la Grèce, le Portugal, l'Espagne et l'Italie (tableau 1). Dans ces pays du « Sud », mais aussi dans des pays de l'Est européen (Roumanie, Slovénie, pays baltes ¹),

Tableau 2. Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé (1995-2012)

En %

	1995	2000	2005	2007	2009	2010	2011	2012	1995-2007*	2007-2009	2009-2012**
Danemark	82,5	83,9	84,5	84,4	85,0	85,1	85,3	85,8	1,9	0,6	0,7
France	79,7	79,4	78,0	77,7	77,5	77,5	77,3	77,4	-2,0	-0,2	-0,2
Allemagne	81,4	79,5	76,6	76,4	76,8	76,7	76,5	76,7	-5,0	0,4	-0,1
Grèce	52,0	60,0	60,1	60,3	68,4	66,7	67,4	67,1	8,3	8,0	-1,2
Irlande	72,5	74,1	76,0	75,7	72,6	69,6	67,8	67,6	3,2	-3,1	-5,0
Italie	72,8	74,2	77,9	78,3	78,9	78,9	77,1	77,3	5,4	0,6	-1,6
Pays-Bas	71,0	63,1	-	-	-	-	-	-	-8,6		
Portugal	62,6	66,6	68,0	66,7	66,5	65,9	65,0	-	4,1	-0,1	-1,5
Espagne	72,2	71,6	70,9	71,9	74,7	74,2	73,0	-	-0,3	2,9	-1,7
Suède	86,6	84,9	81,2	81,4	81,5	81,5	81,7	81,3	-5,3	0,1	-0,2
Royaume-Uni	83,9	79,1	81,3	80,5	83,2	84,0	83,4	84,0	-3,4	2,7	0,8
États-Unis	45,1	43,0	44,2	44,9	47,0	47,4	47,5	47,6	-0,1	2,1	0,5

* 1995-2002 (Pays-Bas) ; ** 2009-2011 (Portugal, Espagne).

Note : ces données, qui ne sont pas exemptes de ruptures de séries, doivent être utilisées avec précaution.

Source : OCDE.

1. Pour des exemples, voir Eurofound (2014:17-18).

la dose a été si radicale qu'elle semble même avoir eu des effets importants de diminution du recours des usagers à certains soins ou biens médicaux, un facteur qui a contribué à la baisse historique des dépenses de santé, avec des effets d'autant plus graves sur la santé que cette privatisation touche aussi des soins essentiels. Les autres pays sont également concernés. Par exemple, la franchise annuelle que doivent acquitter aux Pays-Bas les usagers avant de pouvoir obtenir un remboursement est passée de 170 à 360 euros entre 2011 et 2014 (Wierink, dans ce numéro).

En plus d'un accroissement de la participation financière demandée aux usagers du système, certains pays ont exclu certains soins ou médicaments de toute prise en charge. La couverture a également parfois été restreinte spécifiquement pour certaines populations : les étrangers en situation irrégulière (Espagne, République tchèque) ou les chômeurs de longue durée par exemple. En Grèce, les chômeurs, ainsi que leurs proches ayants droit, voient leur couverture réduite après 24 mois de chômage. En Grèce et en Slovaquie, un nombre croissant de travailleurs indépendants ayant des dettes fiscales ou sociales, et n'ayant pu payer leurs contributions du fait de la crise, sont également privés de couverture sociale. En Grèce, un quart de la population totale serait privé de couverture maladie.

Actions sans précédent sur le médicament

Les dépenses en biens médicaux, en particulier les médicaments, ont été la principale cible de ces mesures dans quasiment tous les pays européens

(Karanikolos *et al.*, 2013 ; WHO, 2013). Le médicament, qui représente en moyenne 20 % des dépenses courantes de santé dans l'OCDE en 2011 (21 % en France) et 1,5 % du PIB (1,8 % en France), est depuis longtemps le domaine privilégié des systèmes de partage des coûts. La part publique des dépenses de biens médicaux est seulement de 54 % en moyenne dans l'OCDE en 2011 (61 % en France) contre 78 % pour les dépenses de soins médicaux (85 % en France). Le médicament est toujours le terrain de prédilection de l'augmentation de la part acquittée par l'utilisateur pour obtenir de rapides économies budgétaires ; d'autres actions, sur les prescripteurs ou sur les prix, peuvent s'y ajouter.

Les actions de déremboursement visant la « demande » de médicaments prennent la forme d'une augmentation de la part payée par les usagers ou d'une exclusion de nombreux médicaments de toute forme de prise en charge. Elles ont été très étendues dans les pays du « Sud », et aggravées dans certains pays par des hausses de la TVA sur les médicaments (Grèce, Portugal, Pologne, Royaume-Uni).

L'autre mesure encore plus générale, et appliquée sans modération en Europe, a consisté à comprimer le prix des médicaments, ou au moins des médicaments faisant l'objet d'une prise en charge publique : réduction imposée des prix y compris des génériques, achats groupés par les administrations (caisses ou hôpitaux) par appels d'offre (Pays-Bas, Andalousie), contrôles plus sévères sur les autorisations de vente et sur la fixation des prix des nouveaux produits, promotion des génériques ¹.

1. Par exemple par l'introduction de tarifs de remboursement forfaitaires par classes de médicaments, système très développé en Allemagne qu'a repris la France avec les « tarifs forfaitaires de responsabilité » introduits en 2003 et qui permettent aujourd'hui aux pharmaciens, intéressés financièrement, de substituer 2 600 médicaments vers un générique, le refus d'un patient conduisant au paiement par ce dernier de la différence de prix.

Encadré 3

Frais à la charge des patients en France : la « mutation silencieuse »

Parallèlement à l'extension de la couverture de la population par l'assurance maladie, qui est passée de 75,9 % en 1960 à 95,7 % en 1975, pour atteindre 99,2 % en 1980, la part des dépenses de soins (consommation de soins et biens médicaux) prise en charge par les administrations publiques a augmenté en France de 62,8 % à 83,0 % entre 1950 et 1980 (tableau 3). Ensuite, alors que l'ensemble de la population était couverte, cette part a très fortement baissé, de 84 % en 1982 à environ 78 % en 1990, pour se stabiliser ensuite à ce niveau jusqu'en 2004¹. À partir de cette date sont prises de nouvelles mesures de « déremboursement » visant à « responsabiliser » les assurés. Malgré ces mesures, la part des dépenses prise en charge par le public a pourtant peu diminué puisqu'elle atteint environ 77 % en 2013, le reste étant à la charge des ménages, soit directement (8,8 % des dépenses), soit indirectement *via* l'achat d'une couverture maladie complémentaire (13,8 % en 2013, contre 12,2 % en 1995).

Tableau 3. Taux de prise en charge publique des dépenses de santé (consommation de soins et biens médicaux) en France (1950-2013)

En %

	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2010	2013
Sécurité sociale	51,0	52,5	54,9	66,2	72,8	76,4	79,9	78,5	77,3	76,9	76,7	76,8	75,7	76,0	76,0
État et autres administrations	11,8	10,0	9,5	7,6	5,7	4,3	3,1	2,4	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4
Total prise en charge publique	62,8	62,5	64,4	73,8	78,4	80,7	83,0	80,9	78,4	78,1	77,9	78,1	77,0	77,3	77,4

Sources : comptes de la santé (Drees) ; 1950-2010 (base 2005 - rétropolation des comptes de la santé) ; 2010-2013 (base 2010).

La prise en charge publique des dépenses de santé varie toutefois fortement selon les types de soins ou biens médicaux : 92 % pour les soins hospitaliers en moyenne, 65 % pour les soins de ville, 69 % pour les médicaments et 43 % pour les autres biens médicaux (optique, prothèses...) ². Ces moyennes masquent elles-mêmes des différences entre catégories d'assurés. Certaines personnes bénéficient d'une prise en charge de type « 100 % sécu » : personnes en affection de longue durée pour les soins liés à cette affection (environ 17 % de la population), ou personnes ayant de faibles ressources et bénéficiaires de la CMU complémentaire (9 % de la population). La relative stabilité de la prise en charge

publique depuis 1995 masque donc une révolution ou « métamorphose silencieuse » (Tabuteau, 2014), en termes de niveaux de remboursements auxquels font effectivement face les individus, du fait des modifications de la structure des soins délivrés et de la structure des assurés sociaux. Le nombre des services ou produits les moins bien remboursés ou non remboursés (médicaments non remboursables ou faiblement remboursés, optique) a augmenté mais en même temps le nombre des assurés sociaux qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur a fortement progressé et leur part dans les dépenses de santé encore davantage. Environ la moitié des médicaments sont ainsi remboursés à 100 % par les régimes de base pour des personnes ayant une affection de longue durée. Ces dernières voient près de 89 % de leurs dépenses prises en charge par la Sécurité sociale, 95 % pour les soins hospitaliers et 84 % pour les soins de ville, alors que le reste de la population voit cette part réduite à seulement 61 %, 88 % pour les soins hospitaliers et 51 % seulement pour les soins de ville³. Comme ce dernier chiffre intègre les bénéficiaires de la complémentaire CMU (CMU-C), on peut estimer la part des soins de ville couverts par la Sécurité sociale pour les trois quart des assurés ni en affection de longue durée (ALD), ni couverts par la CMU-C à environ 45 % seulement (et bien moins pour les soins dentaires, l'optique ou les appareils auditifs). Ce désengagement croissant de la Sécurité sociale, couplé aux dépassements d'honoraires ou d'hébergement à l'hôpital, aboutit à une « métamorphose silencieuse des assurances maladie » (Tabuteau, 2010), peu visible à travers les indicateurs globaux.

1. Le ticket modérateur, de 20 % en 1945, a été augmenté en 1985, 1993 et 2004. Le forfait hospitalier a été créé en 1983 puis fortement augmenté. Des forfaits ont été créés en 2004, des franchises en 2009 et divers remboursements de médicaments ont été décidés.

2. Comptes de la santé 2013 (chiffres arrondis).

3. Rapport annuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2013, page 18 (chiffres arrondis).

Ces diverses méthodes pour réduire les dépenses publiques de médicament ne sont pas nouvelles et étaient déjà mises en œuvre dans de nombreux pays, mais l'accélération est telle que, depuis peu, les dépenses totales de médicaments ont pour la première fois diminué dans l'UE. Ce sont, avec les dépenses de prévention, les dépenses de santé qui ont subi les baisses les plus fortes depuis 2009 dans les pays de l'OCDE (Morgan, Astolfi, 2014). Alors que les dépenses de médicaments par habitant croissaient au rythme de 3,5 % par an en moyenne dans l'OCDE entre 2000 et 2009, elles ont diminué de

0,9 % par an entre 2009 et 2011 (OCDE, 2013). Tous les pays sont concernés, en particulier la Grèce (-10,1 % par an), le Portugal (-5,9 %), le Danemark (-5,7 %), l'Irlande (-4,4 %), l'Italie (-4,1 %), l'Espagne (-2,5 %). D'autres le sont moins comme les Pays-Bas (-0,4 %), la France (-0,6 %), l'Allemagne (-0,7 %), la Suède (-0,9 %). La rupture est si forte en Europe que l'industrie pharmaceutique, face à la baisse historique de son chiffre d'affaires, commence à se plaindre des risques de désindustrialisation et de démantèlement de la filière¹.

1. Ce qui permet de rappeler qu'une dépense en moins, fût-elle publique, constitue toujours un revenu en moins pour d'autres acteurs...

Une accélération des « réformes structurelles » visant à confier la fourniture des soins au secteur privé

La « privatisation externe de la délivrance des soins » ou abandon/délégation de service public (cadran II du schéma 1) englobe les changements visant à transférer le service de délivrance des soins à des entités privées.

Dans les pays d'Europe occidentale, cette forme de privatisation avait, bien avant la crise, emprunté des processus très différents. Elle a été importante avec le développement de groupes privés de cliniques ou de rachats d'hôpitaux publics au Pays-Bas et en Allemagne (Kahmann, dans ce numéro). Elle a également été notable au Royaume-Uni avec le développement de pratiques privées dans les hôpitaux publics et de nombreuses formes de collaboration et partenariats entre le National Health Service (NHS) et le secteur privé. Dans les pays du Sud de l'Europe (Espagne, Portugal, Grèce, voire Italie), ce phénomène a également été significatif mais, dans le contexte particulier de rattrapage du système de santé (et d'entrée dans l'UE), les initiatives privées sont venues combler les fortes insuffisances du secteur public. Ce processus de privatisation de la délivrance des soins a logiquement été beaucoup plus modéré dans les pays dans lesquels le secteur privé occupait déjà une place importante depuis longtemps dans la délivrance des soins comme la France. Dans ce pays, le processus s'est renforcé depuis une vingtaine d'années à travers le développement des pratiques de l'exercice privé (libéral) au sein des hôpitaux publics, souvent avec dépassements d'honoraires. Ce processus se manifeste également par une réduction des activités de l'hôpital considérées comme relevant des « missions du système public hospitalier » : ainsi les 14 missions définies par

la loi « hôpital, patient, santé, territoire » de 2009 ne couvriraient qu'un cinquième de l'activité réelle des hôpitaux, le reste pouvant donc d'autant plus relever d'activités privées.

La période récente semble avoir donné l'occasion à une accélération de cette privatisation externe de la délivrance du soin. Au Portugal, ce mouvement de basculement vers le privé est très significatif, dans un contexte de forte baisse des dépenses (publiques) du Système national de santé (SNS) : baisse de 16 % des dépenses du SNS pour les hôpitaux publics entre 2010 et 2012, hausses des dépenses du SNS pour les hôpitaux privés de 23 % sur la même période (Pernot, Rego, dans ce numéro). En Bulgarie, on constate également un mouvement de substitution des hôpitaux privés aux hôpitaux publics, comme en Roumanie où le nombre d'hôpitaux privés est passé de 10 en 2008 à 73 en 2013 (Eurofound, 2014). En Suède, depuis 2007, des lois visent à faciliter la création d'hôpitaux privés et la sous-traitance des activités aux entreprises privées, comme les services d'urgence (Jolivet, dans ce numéro).

La promotion des logiques de marché au sein du secteur public de santé

La « privatisation interne de la délivrance de soins » ou colonisation du public par le privé (cadran IV) correspond à l'introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur même des acteurs ou services publics délivrant les soins. Ce processus englobe des formes diverses : promotion d'une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux publics, nouvelles formes de financement des hôpitaux, financements sur appel à projets, rémunérations individuelles et collectives à la performance, promotion de la mobilité et de la flexibilité, généralisation des pratiques d'évaluation et de

critères de performance, accent mis sur la concurrence au sein même des hôpitaux pour la recherche de contrats, mécanismes de séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins... Ce processus qui vise à une plus grande autonomie des acteurs et entités va souvent de pair avec des tendances à la décentralisation.

Le pays pionnier et emblématique de cette évolution depuis les années 1980 est le Royaume-Uni avec l'introduction du New public management et de quasi-marchés internes au sein des hôpitaux publics, l'autonomisation des hôpitaux, le paiement à la performance, etc. D'autres pays ont également été concernés par un tel mouvement depuis 1980 et avant le déclenchement de la crise : la France, l'Allemagne, l'Irlande, le Danemark, la Suède, l'Italie, l'Espagne, et, à un moindre degré, les Pays-Bas, le Portugal et la Grèce (André *et al.*, 2014)

En France, ce mouvement de privatisation interne au public s'est notamment manifesté par de nouvelles formes de financement de la médecine hospitalière, la mise en place du budget global à l'hôpital public en 1984 et d'enveloppes globales pour les cliniques à partir de 1991, mesures qui conduiront à d'importantes restructurations (suppressions de lits), et enfin l'introduction progressive à partir de 2004 de la « tarification à l'activité » (T2A). Cette tarification des actes décidée administrativement conduit à contrôler drastiquement les moyens (dans le cadre de budgets globalement

fermés) et son utilisation en dehors de soins techniques, standardisables et programmables pour d'autres soins, pour les maladies chroniques et pour d'autres situations (populations fragiles) aboutit à favoriser les actes jugés les plus « rentables », et à marginaliser ceux considérés comme les moins « rentables ». Elle s'avère particulièrement douloureuse pour l'hôpital public (Pierru, 2009 ; Batifoulier, 2014). Son impact en matière de limitation des dépenses engagées à l'hôpital public est probable mais incertain ¹. En revanche, son principal effet est de transférer du pouvoir des soignants vers les gestionnaires, y compris en matière de stratégie médicale et de choix thérapeutiques. Ses effets sur les pratiques des professionnels de santé ², sur les conditions de travail, sur la souffrance des soignants (sentiment de mal travailler) et sur la qualité des soins sont fréquemment dénoncés.

La période ouverte en 2010 avec la crise des dettes souveraines a été l'occasion d'une accélération de ces réformes structurelles dans de nombreux pays. La rupture est particulièrement notable en Grèce, au Portugal et en Irlande (van Gool, Pearson, 2014). Un système de tarification à l'activité dans les hôpitaux, fixée par une nouvelle société anonyme détenue à 51 % par l'État, a ainsi été introduit en Grèce dans le but d'améliorer la productivité (Karakioulafis, dans ce numéro). Ce poids accru donné aux logiques de marché peut être illustré par la

1. Il peut être plus rentable d'adopter des stratégies de « surcodage », d'adapter les pratiques professionnelles à la tarification (une césarienne rapporte plus qu'un accouchement dit normal...), de modifier les formes de prise en charge. Un moyen de limiter les coûts consiste ainsi à renvoyer de façon prématurée le patient vers d'autres structures, ce qui accroît les coûts de ces autres structures, et ce qui conduit surtout à une hausse des réadmissions coûteuses pour le système, puisqu'on constate ainsi depuis 2007 une accélération des réadmissions pour accident vasculaire cérébral (AVC) et pour infarctus du myocarde (Batifoulier, 2014).

2. Les soins nécessaires en cas de fausse couche primaire (avortement spontané de l'embryon ou du fœtus) rapportant plus qu'une IVG, les hôpitaux et les professionnels se détournent de ces dernières opérations moins rentables.

décision aux Pays-Bas d'étendre à 70 % la part des actes que les hôpitaux peuvent négocier « librement » avec les assureurs.

Le risque de ces réformes structurelles est, en insistant sur l'individualisation, l'autonomisation et la marchandisation, de favoriser l'émergence d'inégalités multiformes entre structures délivrant les soins, entre régions, entre patients, entre employés des établissements de santé, etc. Au Royaume-Uni, où les rémunérations étaient homogènes au niveau national dans le secteur de la santé, on assiste ainsi à une dérégulation des statuts et du mode de fixation des rémunérations (Lefresne, dans ce numéro).

Les conséquences dangereuses de l'austérité sur le soin et sur la santé

L'apport majeur de l'ouvrage *L'austérité tue* de David Stuckler et Sanjay Basu (2014), chercheurs en sciences sociales (économie politique) spécialistes des politiques de santé, est d'avoir rassemblé les résultats et les enseignements de multiples travaux effectués depuis plusieurs décennies (dont une partie effectués par eux-mêmes ou leur équipe) sur l'impact sur la santé des crises intervenues dans le passé. Leurs analyses s'appuient sur de nombreuses études mêlant sciences sociales, épidémiologie, approches quantitatives et qualitatives. Ils aboutissent à la conclusion importante que ce ne sont pas les crises et les récessions qui sont directement responsables de la dégradation des systèmes de soins ou de la situation sanitaire, mais les politiques décidées en réaction à ces crises. Leur impact va être différent selon que les comptes publics vont être rétablis rapidement et brutalement (austérité et thérapie de choc) ou que vont être décidées des politiques de relance ou, à tout

le moins, des politiques budgétaires restrictives plus graduelles et discriminées selon les catégories de dépense.

L'idée que la crise n'a pas d'effets directs notables sur la santé est assez largement admise, comme le constate l'OCDE au regard des travaux empiriques (van Gool, Pearson, 2014). Ces travaux tendent à montrer ainsi que les forts ralentissements économiques ne conduisent pas à une modification très significative des indicateurs de santé.

La démonstration de Stuckler et Basu pour montrer que les politiques sont décisives se base sur des comparaisons des conséquences sanitaires dans des pays, régions ou groupes de pays ayant subi le même type de crise économique mais ayant décidé de politiques différentes. Ils passent ainsi en revue différentes formes d'« expériences naturelles ».

Ainsi, après la crise de 1929, les États des États-Unis ont appliqué de façon très différenciée le New Deal, et ont vécu des conséquences très différenciées en matière sanitaire. De même, certains pays de l'ex-bloc de l'Est, en très forte crise dans les années 1990, ont opté pour des thérapies de choc et des privatisations rapides (Russie, Kazakhstan, Lituanie, Lettonie), tandis que d'autres ont choisi une voie plus graduelle dans la transition vers l'économie de marché (Biélorussie, Géorgie, Pologne, République tchèque, Slovaquie) : les effets sanitaires, très différenciés, sont encore visibles vingt ans après. Certains pays du Sud-Est asiatique, frappés par l'éclatement de la bulle spéculative en 1997 puis par une profonde crise en 1997-1998, ont appliqué les purges exigées par le FMI, comme la Thaïlande et l'Indonésie, et d'autres ont décidé de soutenir l'activité, en particulier par des mesures sociales comme la Malaisie. Enfin, les pays occidentaux n'ont pas tous réagi de la même façon

après la crise de 2008-2009. La Grèce et l'Islande, par exemple, ont réagi de façon diamétralement opposée quant aux choix de politique économique, mais aussi du point de vue de la méthode : décisions autoritaires et court-circuitage des processus démocratiques en Grèce, recherche de solutions collectives partagées en Islande. Stuckler et Basu démontrent que les coupes budgétaires, et en particulier les réductions des dépenses sociales et de santé, sont non seulement vouées à l'échec au regard de l'objectif de réduction des déficits et de reprise de la croissance (voir *supra*), mais aussi et surtout qu'elles ont des conséquences sociales durables, dramatiques du point de vue sanitaire.

S'agissant des pays de l'UE engagés dans des politiques d'austérité, il est peut-être encore trop tôt pour apporter l'administration chiffrée d'une telle preuve. Les effets sur le soin et sur la santé ne se manifestent pas à court terme et/ou à travers les statistiques disponibles qui s'arrêtent souvent à 2011. Or, les pays ayant pris le tournant de l'austérité de façon forte, par exemple l'Espagne, la Grèce ou le Royaume-Uni, ne l'ont fait qu'à partir de 2010 ; les mesures prises dans d'autres pays (comme le Portugal) n'ont commencé à porter qu'en 2011, voire plus tard.

De nombreuses informations et éléments empiriques au niveau national attestent d'effets négatifs des politiques d'austérité sur les soins et l'accès aux soins, en particulier dans les pays les plus touchés, comme la Grèce, où beaucoup d'acteurs décrivent un rationnement drastique du soin. En Espagne, la proportion de personnes jugeant que la qualité des différents domaines de soins

(soins primaires, spécialistes, hôpital) s'est dégradée a fortement augmenté, une opinion corroborée par divers constats, tels que le fort allongement des délais d'attente pour les opérations (Vincent, dans ce numéro). En Grèce, les délais d'attente pour le traitement des patients atteints de cancer (opérations, radiothérapies) atteignent désormais des durées inquiétantes pour de telles pathologies (Eurofound, 2014).

Les données comparatives manquent ou présentent des limites. Selon un rapport du comité de la protection sociale de l'UE, une augmentation significative entre 2008 et 2012 du nombre de personnes indiquant avoir dû remettre à plus tard des soins médicaux, que ce soit en raison de rationnement, de files d'attente ou de coûts trop élevés, est constaté dans six pays de l'UE (Estonie, Grèce, Lettonie, Pologne, Portugal, Finlande)¹. Par ailleurs, la Fondation de Dublin, comparant les réponses aux enquêtes conditions de vie de 2007 et 2011 sur les difficultés d'accès aux soins et sur leurs causes (coûts, temps d'attente, etc.), constate une très forte dégradation en Grèce, mais également, par ordre décroissant, aux Pays-Bas, en Estonie, en Slovaquie, en République tchèque, en Lituanie, en Pologne, en Irlande, en Suède et en France (Eurofound, 2013). La fragilité de ces enquêtes, et surtout le fait que les données datent de 2011, incite cependant à prendre ces résultats avec prudence.

La forte dégradation dans l'accès aux soins et les phénomènes massifs de renoncement aux soins paraissent cependant incontestables dans les pays périphériques au vu de la multiplication des témoignages d'acteurs (professionnels de

1. « Social Europe, Many Ways, One Objective », Annual Report of the Social Protection Committee on the Social Situation in the European Union (2013).

santé, chercheurs, ONG, médias...). La Fondation de Dublin (Eurofound, 2014) note des difficultés accrues en particulier pour certaines catégories de population, parmi lesquels les personnes pauvres, les moins qualifiées, porteuses de handicap, les personnes sans domicile fixe, les migrants ou certaines minorités, mais également les jeunes couples. L'ONG Médecins du monde (2013a, 2014) a documenté la dégradation dans l'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables, en particulier en Grèce (Médecins du monde, 2013b ; Karakioulafis, dans ce numéro) : l'ONG, après avoir longtemps fourni des soins et de l'aide à des migrants sans papiers, doit désormais de plus en plus prendre en charge des Grecs ne pouvant plus recourir au système de soins. Une étude documentant huit pays européens où elle est présente lui permet de conclure que « dans plusieurs pays, les groupes déjà fragilisés avant la crise [...] connaissent une réduction, voire une privation des filets de sécurité et des réseaux sociaux qui leur assuraient une assistance de base. Les mécanismes de couverture santé se dégradent, laissant une part grandissante à la charge de chaque patient, fût-il sans ressources financières, dans un contexte où les besoins d'un nombre de plus en plus important de personnes en situation de précarité augmentent » (Médecins du monde, 2014).

Des pays ont parfois pris des mesures pour atténuer les effets les plus délétères des restrictions, en particulier pour les ménages à bas revenus ne pouvant payer la part des frais de soins qui ne sont plus prises en charge (Eurofound, 2014). Ainsi, en Irlande, une part croissante de la population (40 % en 2013 contre 30 % en 2008) est exemptée de la participation aux frais pour les soins urgents ou à l'hôpital. Cette exemption a été étendue en 2014 à tous les enfants de moins de

six ans. Au Portugal, le plafond de ressources permettant d'être exempté de la participation aux frais a été relevé, si bien qu'environ un quart de la population serait concernée. En Grèce, depuis juin 2014, les personnes qui ne sont plus couvertes (chômeurs de longue durée, travailleurs indépendants n'ayant pas pu payer leurs contributions, etc.) peuvent, au moins formellement, être prises en charge en cas de besoin médical avéré. Toujours pour limiter les effets négatifs, les fermetures de structures ont été accompagnées dans certains pays par le maintien d'un service minimum et gratuit, en particulier pour les urgences (Suède, Espagne, Bulgarie, Slovénie, Roumanie). En Grèce, face à l'urgence sociale et médicale, se sont développés des réseaux solidaires de dispensaires et professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens) offrant gratuitement leurs services à ceux privés des soins nécessaires en raison des décisions politiques (Karakioulafis, dans ce numéro). Ce signe positif présente toutefois le risque d'entériner le retrait de l'État, un peu comme aux Pays-Bas où les pouvoirs publics justifient certaines mesures restrictives en les accompagnant et en les justifiant par un discours sur la « participation » des usagers des services publics (Wierink, dans ce numéro).

Si appréhender les effets des politiques d'austérité sur le soin n'est pas facile, il est encore plus illusoire, aujourd'hui, d'espérer pouvoir mesurer précisément les effets des réformes et des mesures d'économies budgétaires sur la santé. La plupart ne se manifesteront qu'à moyen ou long terme. Par ailleurs, il est et restera difficile de démêler, à côté d'autres déterminants majeurs de la santé (déterminants sociaux, inégalités, facteurs environnementaux...), les effets propres des mesures politiques décidées

après la crise des effets des réformes structurelles engagées avant, et parfois bien avant la crise. Cependant, d'ores et déjà du fait des coupes dans les dépenses de prévention et des renoncements ou reports de soins, on constate en Grèce de fortes hausses du mauvais état de santé autodéclaré et des maladies transmissibles ou contagieuses (VIH, tuberculose, malaria, grippe, etc.). De même, les statistiques démographiques montrent que l'espérance de vie à 65 ans, qui ne cessait d'augmenter partout depuis au moins le début des années 2000, s'est mise à diminuer dans certains pays, en particulier en Roumanie, en Slovénie et en Grèce.

Conclusion

Une forte rupture, visible à partir de l'évolution des dépenses, s'est opérée dans l'Union européenne en matière de santé à partir de 2010 ou 2011, ce qui contraste avec la période de récession (2008-2009) durant laquelle les dépenses publiques de santé, comme d'autres dépenses publiques, avaient joué leur rôle positif de stabilisation économique face à la récession. Cette rupture est historique par son ampleur dans les pays « périphériques » de l'UE soumis à des purges budgétaires, mais le tournant, d'une ampleur moindre, est également quasiment sans précédent dans les autres pays, l'Allemagne ayant été épargnée.

Les mesures les plus fortes, en particulier dans les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, ont pris la forme de coupes drastiques dans les budgets, à travers des baisses de salaires, des suppressions d'emplois et une dégradation des conditions de travail des professionnels de santé. Dans tous les pays, l'invocation de la situation de « crise » a également été l'occasion d'accélérer ou d'introduire

des réformes plus « structurelles », telles que l'accroissement des frais acquittés par les patients, des restrictions à l'accès aux soins, une privatisation de la fourniture de soins touchant en particulier les hôpitaux publics et diverses mesures visant à accroître les logiques marchandes en matière de santé, souvent sous couvert d'amélioration des performances et d'efficacité.

Le choix de diminuer les dépenses de santé, en particulier sa composante publique, est toutefois contestable car cette option est inefficace au regard même de l'objectif économique de réduction des déficits publics, puisque ces dépenses, comme celles qui concernent l'éducation et la protection sociale, sont celles ayant les plus forts effets d'impulsion économique. Quitte à diminuer des dépenses publiques pour réduire les déficits sans plonger l'économie dans la récession, il conviendrait plutôt de privilégier des dépenses publiques dont les multiplicateurs budgétaires sont les plus faibles, à savoir les dépenses pour la défense et pour l'économie (banques, entreprises).

Les conséquences sur le plan social et sanitaire du moindre investissement dans la santé ou l'éducation sont également inquiétantes, et pas seulement pour les effets négatifs probables à long terme, ce dont atteste la dégradation de nombreux indicateurs dans les pays les plus frappés. Inefficaces sur le plan économique, désastreuses sur le plan social et sanitaire, les politiques d'austérité engagées, en particulier dans des domaines comme celui de la santé, ne reposent sur aucune justification sérieusement fondée.

Sources :

André C., Batifoulier P., Jansen M. (2014), « La privatisation du soin en Europe: de la théorie à

la pratique », communication au 4^e congrès de l'Association française d'économie politique, ENS Cachan, 2-4 juillet.

André C., Hermann C., (2009), « Privatization and Marketization of Health Care Systems in Europe », in Frangakis M., Hermann C., Huffschmid J., Lóránt K. (eds.), *Privatization against the European Social Model*, Handmills, Palgrave MacMillan, p. 129-144.

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

Blanchard O., Leigh D. (2013), « Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers », *IMF Working paper* WP/13/1, January.

Cashin C., Y-Ling C., Smith P., Borowitz M., Thomson S. (eds.) (2014), *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*, European Observatory on Health Systems Series, Open University Press.

Cohu S., Lequet-Slama D., Volovitch P. (2006), « Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation », *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 217-238.

Delahaie N. (2010), « Irlande. L'austérité budgétaire pour sauver les banques », n° spécial, « L'État social à l'épreuve de l'austérité », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, p. 144-154.

Dormont B. (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, Paris, Cepremap, Éditions Rue d'Ulm/Presses de l'École normale supérieure.

Dormont B. (2014), « La couverture des soins par les assurances maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, septembre-octobre, p. 806-819.

Dormont B., Grignon M., Huber H. (2006), « Health Expenditure Growth: Reassessing the Threat of Ageing », *Health Economics*, vol. 15, n° 9, p. 947-963.

Dufresne A., Pernot J.-M. (2013), « Les syndicats européens à l'épreuve de la nouvelle gouvernance économique », n° spécial, « Les syndicats face à la nouvelle gouvernance européenne », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 143-144, novembre, p. 3-29.

Eurofound (2013), *Impacts of the Crisis on Access to Healthcare Services in the EU*, Dublin.

Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin.

European Commission (2014), « Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pension, Health Care and Long-term Care Policies », *European Economy Occasional Papers*, n° 201, October.

van Gool K., Pearson M. (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Paper* n° 76, September 4.

Grignon M. (2010), « Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire. Un point des connaissances », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 53-73.

IRES (2010), « L'État social à l'épreuve de l'austérité », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre.

IRES (2012), « 30 ans de salaire, d'une crise à l'autre », n° spécial, *La Revue de l'IRES*, n° 73.

Jolivet A. (2014), « Suède. Des réformes et des ajustements bien antérieurs à la crise », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 140-150.

Kahmann M. (2014), « Allemagne. Un faible impact de la crise sur les ajustements des services publics », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 151-179.

Karanikolos M., Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Makenbach J.P., McKee M. (2013), « Financial Crisis, Austerity and Health in Europe », *The Lancet*, vol 381, n° 9874, April, p. 1323-1331.

Karakioulafis C. (2014), « Grèce. Santé et éducation : victimes des politiques d'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 83-103.

Lefresne F. (2014), « Royaume-Uni. Le triomphe du New public management dans la crise »,

- n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tempête », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 104-120.
- Lorach N., Mareuge C., Merckling C. (2014), « Réduction des dépenses publiques : les leçons de l'expérience », *La Note d'analyse*, France Stratégie, juillet.
- de la Maisonneuve C., Oliveira Martins J. (2013), « A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures », *Economics Department Working Paper*, n° 1048, OECD, June 14.
- Mareuge C., Merckling C. (2014), « Pourquoi les dépenses publiques sont-elles plus élevées dans certains pays ? », *La Note d'analyse*, France Stratégie, juillet.
- Martin Martin J.J., Puerto Lopez del Amo Gonzalez M., Cano Garcia M.D. (2011), « Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure », *Applied Economics*, vol. 43, n° 1, p. 19-46.
- Médecins du Monde (2013a), *Access to Healthcare in Europe in Times of Crisis and Rising Xenophobia, An Overview of the Situation of People Excluded from Healthcare Systems*, Avril (dossier de presse, Accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie).
- Médecins du Monde (2013b), *La Grèce malade de l'austérité*, octobre, www.medecins-dumonde.org/Actus/La-Grece-malade-de-l-austerite.
- Médecins du Monde (2014), *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité dans 27 villes de 10 pays*, Rapport sur les données sociales et médicales recueillies en 2013 dans huit pays européens, en Turquie et au Canada, mai.
- Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. (2012), *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe*, World Health Organisation (WHO), Copenhagen.
- Morgan D., Astolfi R. (2014), « Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 68, April 3.
- OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
- Pernot J.-M., Rego R. (2014), « Portugal. Santé, éducation, dans la tempête », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tempête », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 68-82.
- Pierru F. (2009), « Un instrument de gestion controversé : la tarification à l'activité à l'hôpital », *Regards sur l'actualité*, n° 352, septembre.
- Pisu M. (2014), « Overcoming Vulnerabilities of Health Care Systems », *Economics Department Working Papers*, n° 1132, OECD.
- Reeves A., Basu S., McKee M., Meissner C., Stuckler D. (2013) « Does Investment in the Health Sector Promote or Inhibit Economic Growth? » *Globalization and Health*, vol. 9, n° 1, p. 43, www.globalizationandhealth.com/content/9/1/43.
- Rubery J. (2014), « Public Sector Adjustment and the Threat to Gender Equality », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Public Sector Shock. The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 43-83.
- Stambach F. (2014), « "Quand l'austérité tue", une lucarne sur les déterminants sociaux de la santé », *Mediapart*, 25 octobre 2014.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides*, Paris, Autrement. Des mêmes auteurs : « Les conséquences sanitaires des politiques économiques. Quand l'austérité tue », *Le Monde Diplomatique*, vol. 61, n° 727, octobre, www.monde-diplomatique.fr/2014/10/BASU/50879.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, janvier, p. 85-92.
- Tabuteau D. (2014), « Le new deal des assurances maladies obligatoire complémentaires », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, septembre-octobre, p. 791-805.
- Vandierendonck C. (2014), « Public Spending Reviews: Design, Conduct, Implementation », *European Economy, Economic Papers*, n° 525, July, European Commission.
- Vaughan-Whitehead D. (2014), « Public Sector Shock in Europe: Between Structural Reforms and Quantitative Adjustment », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Public Sector Shock. The*

SANTÉ, ÉDUCATION : SERVICES PUBLICS DANS LA TOURMENTE

Impact of Policy Retrenchment in Europe, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 1-42.

Vincent C. (2014), « Espagne. Des mouvements sociaux originaux pour contrer les réformes dans la santé et l'éducation », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 53-67.

WHO (2013), *Health, Health Systems and Economic Crises in Europe. Impact and Policy Implications*. Summary, WHO/European Observatory on Health Systems.

Wierink M. (2008), « La réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas, deux ans après »,

Revue française des affaires sociales, n° 4, octobre-décembre, p. 237-251.

Wierink M. (2011), « Contrats collectifs et contrats d'entreprise dans l'assurance santé aux Pays-Bas », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, mars-avril, p. 237-246.

Wierink M. (2014), « Pays-Bas. Le retour aux 3 % de déficit public, accélérateur du retrait de l'Etat social », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 121-139.