

Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe

*Antoine MATH*¹

Cet article analyse l'évolution des politiques et des dépenses de santé depuis la grande récession (2008-2009) dans les pays européens. Dans un premier temps, l'article analyse les modalités des réformes et des mesures prises dans le secteur de la santé, en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé ou à travers des réformes plus « structurelles ». La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'article documente et analyse l'évolution des dépenses de santé. Si la croissance des dépenses (totales et publiques) de santé a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, une rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Certains pays « périphériques » ont connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'article conclut sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard de leurs effets sur le soin ou la situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Les travaux montrent que les restrictions opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques.

L'ampleur et le calendrier des ajustements budgétaires menés à partir du début des années 2010 ont été variables selon les pays européens. Les restrictions budgétaires ont surtout concerné les pays ayant eu besoin

1. Chercheur à l'Ires. Cet article actualise et prolonge un travail antérieur paru dans la *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre 2014 (Math, 2014).

de l'assistance financière des organisations internationales : les pays de la zone euro soumis aux exigences de la troïka (Commission européenne, Banque centrale européenne, Fonds monétaire international) comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande, ou encore d'autres pays de l'Union européenne (UE) ayant eu à se soumettre aux mémorandums du Fonds monétaire international (FMI) comme la Roumanie, les pays baltes ou la Hongrie (et pour ce pays dès 2006-2007). La plupart des autres pays ont également opéré un revirement sur le plan budgétaire à partir de 2010, basculant selon un calendrier assez variable de plans anticrise mis en œuvre en 2008-2009 (avec des mesures de relance et en permettant aux stabilisateurs économiques de jouer à plein) vers des politiques de « consolidation » récessives. Ce revirement budgétaire a été particulièrement fort et rapide en 2010 en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni. Il a été plus tardif et plus progressif dans d'autres pays comme la France.

Ce tournant a eu un impact sur les dépenses et services publics de santé. La santé est en effet un des postes budgétaires les plus importants. Les dépenses courantes de santé s'élèvent à environ 10 % du PIB dans l'UE et la part publique à environ 8 % du PIB (respectivement 11 et 8,6 % en France selon l'OCDE en 2015). Déjà dans le passé, les périodes de consolidation budgétaire n'avaient pas épargné la santé. 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 (Lorach *et al.*, 2014).

Les évolutions des dépenses et services publics de santé ne résultent cependant pas uniquement de décisions visant expressément à diminuer les déficits publics à court terme mais proviennent également de réformes plus structurelles portant sur le financement ou la délivrance du soin, évolutions de plus long cours souvent entamées avant la grande récession de 2008-2009.

Présenter 2010 comme année du tournant doit être nuancé s'agissant de certains pays qui n'avaient pas attendu cette date pour opérer des restrictions en matière de santé. Dans ceux où la santé avait déjà été mise à contribution avant la crise, la période commençant en 2010 n'a pas toujours été vécue comme une rupture, surtout si le tournant budgétaire a été progressif et étalé dans le temps. Elle a alors davantage été perçue comme un prolongement ou un approfondissement des restrictions antérieures, au point d'autoriser des discours déniaient l'existence de politiques d'austérité intervenues dans le domaine de la santé. Ce cas de figure correspond bien à la France : entre 2000 et 2007, les dépenses publiques de santé par habitant y ont été comprimées à un taux de croissance annuel de 1,7 % en moyenne (en termes réels), en rupture très forte avec la période précédente puisque ces dépenses avaient crû au rythme annuel de 3,8 % en moyenne

entre 1990 et 2000. Sur la période 2000-2007, la France se situait parmi les pays européens ayant le plus maîtrisé leurs dépenses de santé, loin derrière la moyenne des pays de l'OCDE (4,4 %). Durant cette période, seuls l'Allemagne et le Portugal ont davantage serré la vis dans le domaine de la santé (tableau 1). Ces trois pays se distinguent d'ailleurs des autres pour avoir été les seuls à avoir connu un freinage de la croissance de leurs dépenses publiques de santé durant la période 2000-2007 en comparaison de la décennie précédente, quand les autres pays connaissaient au contraire plutôt une accélération du rythme de croissance de ces dépenses (graphique 1).

Tableau 1. Des évolutions des dépenses de santé très contrastées avant la crise (2000-2007) *

En %

	Dépenses publiques de santé	Dépenses totales de santé
Allemagne	1,0	1,6
Portugal	1,6	2,0
France	1,7	1,8
Autriche	2,1	2,1
Slovénie	2,5	3,0
Italie	2,8	1,9
Suède	3,2	3,8
Islande	3,2	2,9
Danemark	3,4	3,3
Norvège	3,5	3,1
Belgique	3,5	3,4
Espagne	4,2	3,9
OCDE	4,4	4,3
République tchèque	4,4	5,3
États-Unis	4,7	4,1
Hongrie	4,7	4,9
Royaume-Uni	5,5	5,1
Finlande	5,7	4,8
Pologne	6,0	5,7
Grèce	7,1	7,1
Irlande	7,8	7,5
Pays-Bas	9,6 **	5,7

* Taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes de santé par habitant et des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels.

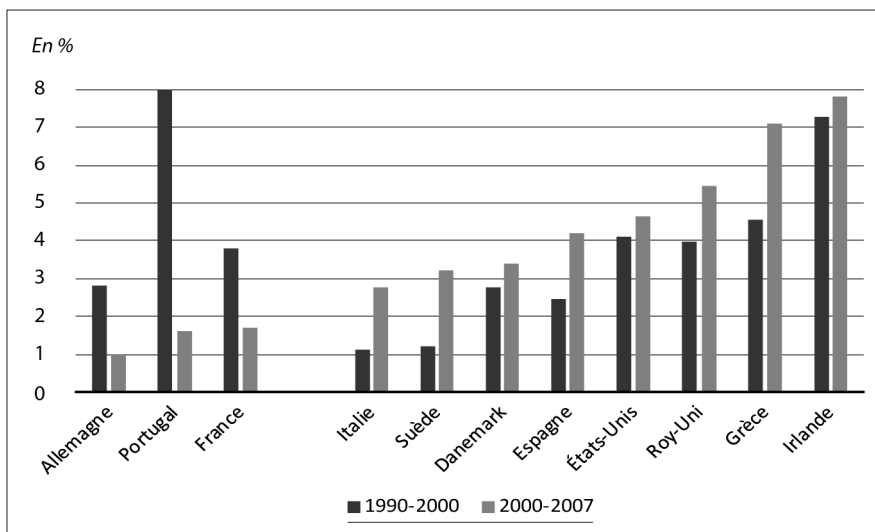
** Probables problèmes d'imputation pour les années 2005 à 2007 de ce qui relève des dépenses publiques aux Pays-Bas dans les comptes publiés par l'OCDE.

Dépenses publiques : régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

Pays classés par ordre croissant du taux de croissance des dépenses publiques par tête.

Source : OCDE.

Graphique 1. Avant la crise (1990-2000 et 2000-2007), une accélération du rythme de croissance des dépenses publiques de santé * ... sauf en Allemagne, au Portugal et en France



* Taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels.

Pays classés par ordre croissant sur la période 2000-2007.

Dépenses publiques : régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

Source : OCDE - rupture de série entre 1990-2000 (données base 2005) et 2000-2007 (données base 2010).

Cet article se propose d'examiner l'évolution des politiques et dépenses de santé depuis la « crise des *subprimes* », et en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010. Dans un premier temps, l'article brosse un panorama des mesures prises, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins en limitant les emplois et les rémunérations dans le secteur de la santé ou qu'il s'agisse de réformes plus « structurelles » (I). La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'évolution des dépenses de santé est examinée (II), en particulier celles financées par les administrations publiques. La croissance des dépenses (totales et publiques) a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009. La rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Pour certains pays « périphériques », la forte baisse des dépenses de santé est sans équivalent dans l'histoire contemporaine 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. La conclusion revient sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard des objectifs de santé et de leurs effets sur le soin ou la

situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Sur ce plan, les travaux rapportés montrent que les coupes opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques ².

I. Politiques d'austérité et réformes « structurelles » dans le domaine du soin et de la santé : quelles modalités depuis 2010 ? ³

Avant d'examiner l'évolution des dépenses de santé, il s'agit de donner un aperçu des mesures politiques prises dans le domaine du soin et de la santé dans les pays européens depuis 2010. Il est difficile de caractériser, résumer, donner du sens aux multiples changements ou réformes intervenus, *a fortiori* dans un domaine – « la santé » – particulièrement complexe et multiforme. Ce secteur n'a cessé d'être réformé depuis une trentaine d'années mais selon des modalités pouvant relever d'une multiplicité d'objectifs et d'instruments possibles. Pour tenter de comprendre les réformes récentes dans ce domaine, a été utilisé un cadre d'analyse et de classement des réformes dans le champ des politiques de santé construit à partir de travaux empiriques sur les évolutions intervenues depuis les années 1980 et jusqu'à la crise (André *et al.*, 2014, 2016). Ce cadre d'analyse s'appuie sur la tendance lourde au foisonnement de réformes « structurelles » fondées sur l'introduction de logiques et mécanismes de marché avec, derrière une pluralité de formes, un mode d'ordre commun, celui de « privatisation ».

« Si cette pluralité des privatisations est un trait dominant des réformes [depuis les années 1980], elle ne peut totalement (...) résumer [l'ensemble des réformes et des logiques à l'œuvre] » (André *et al.*, 2015). De fait, ce cadre d'analyse fondé sur la notion de privatisation s'avère utile mais insuffisant pour appréhender la séquence singulière entamée à partir de 2010, en particulier certaines actions, assez inédites avant 2010, ayant consisté à trouver des économies rapides, notamment dans les pays soumis à des purges budgétaires. Ces mesures d'« ajustement quantitatif » (Vaughan-Whitehead,

2. Cet article ne porte pas sur le rôle croissant joué par les acteurs, en particulier l'UE (et les divers acteurs internationaux, Commission européenne, FMI, Banque mondiale, Eurogroupe, troïka, mécanisme européen de stabilité, etc.) depuis le début des années 2010 sur les systèmes et dépenses de santé, à travers des Memorandum of Understanding conclus avec les pays ayant reçu une assistance financière (Grèce, Irlande, Portugal, Lettonie, Hongrie, Roumanie) ou pour les autres, les recommandations adressées dans le cadre du semestre européen. Sur ce point, voir par exemple Greer *et al.* (2016), Stamatii, Baeten (2014, 2015).

3. Ce paragraphe propose une relecture des informations sur les nombreuses mesures décidées depuis quelques années, informations non exhaustives déjà glanées en 2014 pour le numéro spécial de la *Chronique internationale de l'IREs* (Ires, 2014) et complétées par diverses publications de type « *survey* » sur le sujet dont van Gool, Pearson (2014) et Eurofound (2013, 2014, 2017).

2013) y ont constitué le moyen le plus important de limitation voire de réduction des dépenses publiques de santé, au moins durant les premières années. Ces mesures consistent pour l'essentiel à limiter voire à réduire les emplois et les revenus des travailleurs dans le secteur public de santé, et plus secondairement à agir sur les dépenses publiques de médicament (encadré). Nous examinons ces mesures (I.1) avant de nous pencher sur les réformes dites structurelles (I.2), pouvant être regroupées sous la notion de « privatisation », et qui ont, bien que souvent entamées depuis longtemps, connu une accélération sans précédent. Cette présentation des modalités des changements intervenus n'a pas la prétention d'être complète, elle se veut surtout illustrative des modes d'action utilisés dans le secteur de la santé ayant pour objet ou pour effet de peser sur les dépenses.

I.1. Ajustements quantitatifs immédiats sur les rémunérations et emplois de la santé

Les dépenses de santé correspondant 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 ces dépenses ont cherché logiquement à porter sur ces rémunérations. Les mesures prises passent par une réduction des emplois et/ou des revenus du travail de ce secteur. Cette action de diminution des emplois et des revenus du travail est *a priori* plus facile et plus rapide à instaurer sur les salariés opérant dans le secteur public, et ce moyen peut 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, dans lesquels une grande majorité des professionnels de santé relèvent de structures privées ou exercent en libéral, l'action sur le volume ou le prix des soins est moins aisée et plus lente à mettre en œuvre.

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). Du point de vue chronologique, les ajustements ont souvent d'abord porté sur les salaires et seulement ensuite sur les emplois, les premiers s'avérant plus faciles à diminuer rapidement.

Baisse des salaires réels

Dans de nombreux pays, avec des exceptions comme l'Allemagne et la Suède, la pression sur les salaires a été fortement utilisée à partir de 2010. 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 évidente 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. Il l'est moins dans les pays où l'exercice indépendant ou libéral est étendu. Cette baisse des salaires réels a pu résulter de sous-revalorisations ou de gels, souvent prolongés (France, Royaume-Uni, Danemark, Pays-Bas). Ces gels s'appliquent en général à tous les 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, ont coupé drastiquement dans les salaires nominaux, et parfois spécifiquement dans ceux des professionnels de santé (Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Hongrie, Roumanie, pays baltes). Par exemple, la rémunération des heures supplémentaires ou du travail de nuit et durant les jours fériés (répandu par nature dans le secteur de la santé) a ainsi été diminuée de plus de moitié en Grèce.

Diminution des emplois

De nombreux pays ont également cherché à réduire l'offre en limitant directement son importance et en réduisant les emplois. 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 pour partie par des structures privées (voir *infra*). De nombreuses fermetures d'hôpitaux, maternités, centres de soins ou dispensaires, en particulier dans les zones rurales, ont eu lieu dans les pays les plus touchés (Portugal, Grèce, Hongrie, Roumanie).

Dans les pays où 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...), la volonté de l'État de limiter les dépenses s'est heurtée à la difficulté de priver les régions de possibilités d'augmenter leurs ressources propres ou de s'endetter, ce qui a permis dans certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Espagne une certaine résistance aux mesures de restrictions. Un autre moyen radical, mis en œuvre en Grèce, est d'attribuer aux hôpitaux des budgets insuffisants et fermés, conduisant à refuser les soins aux personnes qui ne sont pas en mesure de les payer.

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. Pour diminuer rapidement le 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 est effectivement constatée dans les pays soumis à une forte austérité à partir de 2009-2010 (Grèce, Irlande, Islande, Italie, Portugal, Espagne, Roumanie). Dans de nombreux autres pays, la croissance continue de l'emploi depuis le début des années 2000 s'est interrompue ou très fortement ralentie au tournant des années 2010 (France, République tchèque, Danemark, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni).

Dégradation des statuts et conditions de travail

Les réductions des emplois et des salaires ont aussi des effets sur les conditions de travail, avec une intensification du travail et une augmentation du temps de travail (Vaughan-Whitehead, 2013). La suppression des postes s'est accompagnée d'une dégradation des statuts, facilitée par exemple au Portugal par un contexte de quasi-suppression de la fonction publique ou aux Pays-Bas par de plus grandes possibilités de licenciements des fonctionnaires (Ires, 2014). La remise en cause des règles collectives de gestion des personnels peut aussi être un moyen de faire des économies, comme au Royaume-Uni, avec le passage de règles homogènes au niveau national depuis des décennies à une dérégulation des statuts et mode de fixation des rémunérations. Le recours à des personnels temporaires ou précaires s'est fortement accru dans les pays « périphériques ». 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. L'introduction de logiques marchandes au cœur des services publics de santé a également participé à la dégradation des conditions de travail (voir *infra*).

La baisse et la dégradation des emplois dans le secteur public de santé affectent 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 disparaissent, sont moins bien payés ou sont dégradés des emplois qui, en comparaison des emplois qu'elles peuvent trouver dans le secteur privé, leur procurent une meilleure reconnaissance des qualifications, de moindres discriminations salariales, et, en général, de plus grandes facilités pour concilier charges familiales et professionnelles (Rubery, 2013 ; Eydoux *et al.*, 2014).

La dégradation des emplois et des salaires dans le service public de santé est intervenu dans un contexte idéologique dans lequel la dépense publique est présentée comme un coût, une perte, un gâchis de ressources, et dans lequel les agents publics sont stigmatisés et présentés comme insuffisamment « efficaces ». Une certaine rhétorique managériale autour de

Encadré

Actions d'envergure sur le médicament

Pour agir directement sur les dépenses publiques de santé, des « ajustements quantitatifs » ont aussi porté sur le médicament qui représente en moyenne 20 % des dépenses courantes de santé dans l'OCDE. Les actions peuvent s'inscrire dans le cadre d'évolutions structurelles entamées auparavant, mais, pour les pays les plus touchés, elles s'en sont distinguées par leur caractère brutal et immédiat.

Le médicament a en effet été le terrain de prédilection de l'augmentation de la part acquittée par l'usager pour obtenir de rapides économies budgétaires ; d'autres actions, sur les prescripteurs ou sur les prix, ont pu s'y ajouter. Ces actions de déremboursement du médicament ont pu aller jusqu'à l'exclusion de toute prise en charge dans les pays du « Sud ». Elles ont pu être 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), contrôles plus sévères sur les autorisations de vente et sur la fixation des prix des nouveaux produits, promotion voire imposition des génériques¹.

Ces 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 les dépenses totales de médicaments ont diminué dans l'UE pour la première fois à partir de 2009 (OCDE, 2016). Ce sont, avec les dépenses de prévention, les dépenses de santé qui ont subi les baisses les plus fortes depuis lors dans les pays de l'OCDE. Alors que les dépenses de médicaments par habitant croissaient au rythme de 1,4 % entre 2005 et 2009, elles ont diminué de 1,1 % par an entre 2009 et 2014 dans l'UE (OCDE, 2016). Les dépenses publiques concernant le médicament ont chuté encore plus fortement.

Selon l'OCDE, les dépenses ont chuté presque partout mais surtout en Grèce, au Portugal, au Danemark, aux Pays-Bas, en République tchèque, en Irlande, en Italie, en Hongrie et en Belgique. Elles ont augmenté entre 2009 et 2014 seulement en Autriche et en Allemagne, mais à un rythme ralenti. La rupture est si forte en Europe que l'industrie pharmaceutique, face à la baisse historique de son marché, se plaint des risques de désindustrialisation, et cherche, pour maintenir sa rentabilité, d'autres modèles de production fondés sur la commercialisation à des prix élevés de nouvelles molécules permettant des traitements personnalisés (Abecassis, Coutinet, dans ce numéro).

1. Par exemple par l'introduction de tarifs de remboursement forfaitaires par classes de médicaments, système dit aussi de « référencement thérapeutique » (Abecassis, Coutinet, 2017), très développé en Allemagne et qu'a repris la France avec les « tarifs forfaitaires de responsabilité » introduits en 2003 et qui permettent aujourd'hui aux pharmaciens, intéressés financièrement à ce mécanisme, de substituer près de 3 000 médicaments vers un générique, le refus d'un patient conduisant au paiement par ce dernier de la différence de prix.

l'« efficacité » promet toujours de faire plus (ou mieux) avec moins, en prenant appui sur (ou prétexte de) l'existence – qu'il ne s'agit pas de nier – de gâchis ou de dépenses « inefficaces ». L'OCDE est particulièrement en pointe pour promouvoir une telle orientation dans le secteur de santé (OCDE, 2009, 2010a, 2010b) ⁴. D'un côté, on souligne le caractère difficilement soutenable de la croissance des dépenses publiques de santé (OCDE, 2015), de l'autre la nécessité de s'en remettre à de nécessaires « réformes structurelles » ou autres « stratégies pour limiter les dépenses inefficaces », selon le raisonnement suivant : « [comme] une part considérable des dépenses de santé contribue peu ou pas à améliorer la santé des gens (...), les pays pourraient potentiellement dépenser beaucoup moins en soins de santé sans impact sur la performance du système de santé » (OCDE, 2017). Ces publications mettant l'accent sur des « inefficiences », réelles ou supposées, cherchent ainsi à prouver, comme s'il s'agissait d'une évidence souvent démontrée empiriquement, qu'on peut toujours dépenser moins sans altérer les services rendus et qu'en matière de santé, il est possible de tailler dans les budgets sans entamer les soins et la situation sanitaire ⁵.

1.2. Une accélération des réformes dites structurelles

À côté des mesures de limitation immédiate des salaires et des emplois du secteur de la santé, la période récente a aussi été l'occasion d'accélérer les « réformes structurelles », en particulier à travers le basculement d'activités du secteur public vers le privé ou encore l'introduction de logiques marchandes dans le secteur public de santé.

Nous repartons d'un canevas utilisé pour analyser, classer et comparer les réformes dans le domaine de la santé dans les pays européens entre 1980 et 2007 (André, 2015 ; André *et al.*, 2014, 2016 ; Cashin *et al.*, 2014). Ce canevas repose sur la notion de « privatisation ». Une première distinction s'opère entre privatisation du financement des soins et privatisation de la délivrance des soins. La France permet d'illustrer cette distinction : parmi les dépenses de santé, un quart sont privées et environ les trois quarts 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, le reste étant le fait d'agents privés (cliniques privées et professionnels libéraux). Une seconde distinction consiste à séparer processus de privatisation externe et interne. Les premiers, les plus évidents, consistent en un transfert des administrations publiques vers des acteurs privés pour

4. Mais ce n'est pas le propre de l'OCDE. On retrouve par exemple la promotion d'une telle approche du côté de la Commission européenne (Vandierendonck, 2014 ; European Commission, 2014) ou de France Stratégie (Mareuge, Merckling, 2014 ; Lorach *et al.*, 2014).

5. Les travaux montrent même plutôt le contraire. Voir le rapport réalisé pour l'UNSA Éducation dans le cadre de l'agence d'objectifs de l'Ires (Batifoulrier, 2016).

financer ou bien délivrer les soins. Les seconds, les processus de privatisation « interne » ou incorporée, 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 plusieurs processus de « privatisations » possibles : privatisations externe et interne du financement du soin, privatisations externe et interne de la délivrance des soins. Ces processus, entamés parfois depuis longtemps, ont connu une accélération depuis quelques années.

**L'introduction de mécanismes ou logiques de marché
au cœur des services publics délivrant les soins :
la « privatisation interne de la délivrance des soins »**

Ces mécanismes trouvent leur inspiration théorique du côté du New Public Management, des quasi-marchés et de la théorie de l'hôpital entreprise. Ils prennent diverses formes : nouvelles règles de gestion et pratiques de management passant par la promotion d'une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux publics, nouvelles formes de financement à l'activité, paiements à la performance (P4P ou *pay for performance*), financements sur appels 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... Les idées-forces sont celles de mise en concurrence et d'autonomie (ou individualisation), ce qui explique que ce processus va aussi souvent de pair avec des tendances à la décentralisation. Une étude de l'OCDE sur la mise en œuvre de mesures de « paiement à la performance » dans une dizaine de pays conclut à l'inefficacité de ces dernières pour limiter les dépenses de santé, et même, alors qu'il s'agit souvent de leur objectif affiché, pour améliorer la qualité des soins. Ces réformes permettent d'abord de modifier les rapports de pouvoir en matière de soins et de santé au profit des gestionnaires et, ensuite, de 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, avec des conséquences négatives sur l'activité et la santé des professionnels de santé (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier, Domin, 2015).

Le pays pionnier et emblématique de cette évolution depuis les années 1980 est le Royaume-Uni avec l'introduction de quasi-marchés internes au sein des hôpitaux publics, l'autonomisation des hôpitaux ou le paiement à la performance. 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, puis l'introduction progressive à partir de 2004 de la « tarification à l'activité ⁶ ».

La période ouverte en 2010 avec la crise des dettes souveraines a été l'occasion d'une accélération de ces changements 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. Cette évolution participe de la détérioration des conditions de travail et, même si ces effets sur les dépenses de santé ne sont pas immédiats ou univoques, ils semblent avérés dès lors qu'ils permettent une dégradation quantitative et qualitative de l'emploi dans ce secteur.

Le transfert de la fourniture des soins du public vers le privé : la « privatisation externe de la délivrance des soins »

Ce mouvement de privatisation englobe les diverses manières consistant à transférer le service de délivrance des soins à des entités privées : création de nouveaux services privés, transformation d'organismes publics en entités à but lucratif, « agencification », abandon ou délégation de service public, 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.

Les arguments avancés pour l'introduction de la privatisation et de formes de concurrence dans la délivrance des soins reposent sur l'idée que les acteurs privés placés en situation de concurrence sont plus efficaces pour organiser et délivrer des soins. Les avantages supposés de la concurrence en matière de santé ne sont toutefois pas confirmés par les travaux empiriques. Bien que tendant à mettre en avant les avantages de la privatisation des services hospitaliers, un *survey* de la littérature ne peut conclure à l'évidence de tels avantages (Eurofound, 2017). Selon un autre *survey* de l'OCDE marquant également plutôt un préjugé favorable au renforcement de la concurrence, une grande circonspection doit être de mise quant à la capacité de la concurrence entre fournisseurs de soins à pouvoir contenir les dépenses de santé (Pisu, 2014).

6. Sur les réformes de l'hôpital en France, voir Domin (2015).

Dans les pays d'Europe occidentale, cette forme de privatisation avait, bien avant la crise, emprunté des processus très différents, par exemple avec le développement de groupes privés de cliniques ou de rachats d'hôpitaux publics au Pays-Bas et en Allemagne, ou au Royaume-Uni avec le développement de pratiques privées dans les hôpitaux publics. Dans les pays du Sud de l'Europe (Espagne, Portugal, Grèce, voire Italie), ce phénomène avait également été significatif mais, dans le contexte particulier de rattrapage du système de santé (et d'entrée dans l'UE), il est revenu aux initiatives privées de combler les insuffisances du secteur public. Cette privatisation de la délivrance des soins a logiquement été beaucoup plus modérée dans les pays dans lesquels le secteur privé occupait déjà une place importante depuis longtemps en matière d'offre de soins comme la France, même s'il n'y a pas été absent (développement des pratiques de l'exercice privé libéral, souvent avec dépassements d'honoraires, au sein des hôpitaux publics, ou encore réduction du périmètre des activités considérées comme relevant des « missions du système public hospitalier » et pouvant d'autant plus facilement être externalisées et soumises à la concurrence).

La période récente a donné l'occasion d'une accélération de cette privatisation. De façon relativement modérée dans les pays soumis à de plus faibles pressions, par exemple par une extension des phénomènes de sous-traitance par les hôpitaux. Mais dans les pays du Sud et de l'Est soumis à des plans drastiques d'ajustement, un fort mouvement de bascule vers le privé est observable. Ainsi les dépenses du service national de santé portugais pour les hôpitaux publics ont diminué de 16 % entre 2010 et 2012 quand celles pour les hôpitaux privés bondissaient de 23 %. Dans ce pays, le nombre de lits dans les hôpitaux publics a baissé de 12,1 % entre 2006 et 2014 alors qu'il augmentait de 45,4 % dans les établissements privés à but lucratif (et leur nombre est resté plutôt stable dans les hôpitaux privés à but non lucratif). De tels mouvements de forte bascule du public vers le privé lucratif sont observables en Bulgarie, en Roumanie, dans les pays baltes (Eurofound, 2017). Ils existent également avec une ampleur plus réduite dans des pays comme la France (-12,9 % de lits dans le public et +3,6 % dans le privé lucratif), en Allemagne (-6,7 % et +8,2 %), en Autriche (-2,4 % et +41 %). Dans d'autres pays où le nombre de lits de l'hôpital public a fortement chuté (Danemark, Grèce, Hongrie, Italie, Pologne), les hôpitaux privés à but lucratif ont été épargnés, impliquant également une augmentation du poids de ces derniers.

Le développement du financement par les ménages et l'assurance privée : la « privatisation externe du financement du soin »

Ces réformes consistent à diminuer la part des dépenses de soins prise en charge par des dépenses publiques, en augmentant les frais à la charge

des usagers, directement de leur poche, ou indirectement *via* l'achat de produits d'assurances sur le marché (en France, *via* les « complémentaires santé »).

Le fondement théorique de cette forme de privatisation est fragile (Batifoulier, 2015). Il repose sur la notion d'aléa moral du patient, la prise en charge d'une part plus importante des frais des soins devant le « responsabiliser » et diminuer le risque qu'il abuse d'un système trop gratuit. Cependant, même jusqu'à des niveaux globaux de prise en charge publique des dépenses de santé supérieurs à 80 %, les travaux empiriques 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, *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.

L'efficacité sur la maîtrise des dépenses globales de santé est également sujette à caution, comme l'illustre l'expérience américaine, et comme le conclut un *survey* de l'OCDE sur les stratégies de « partage des coûts » (Pisu, 2014). À défaut de pouvoir agir sur les dépenses totales de santé, la formule présente néanmoins l'avantage du point de vue des décideurs politiques de permettre des économies rapides des seules dépenses publiques.

D'où la forte réactivation de cette méthode consistant à augmenter les frais acquittés par les usagers et, de façon radicale dans les pays les plus concernés à partir de 2009-2010, au point de conduire à une diminution importante du recours des usagers au système de soins ; ce facteur a contribué à une baisse historique des dépenses de santé. Ce « déremboursement » peut schématiquement prendre deux formes, selon qu'il porte sur certains soins (ou biens) médicaux ou selon qu'il porte sur certaines personnes. Le premier cas de figure consiste à augmenter la part du coût d'un soin (ou bien) médical ou d'un ensemble de soins laissée à la charge du patient (hausse des « tickets modérateurs » et autres copaiements). À titre d'exemple, la franchise annuelle que doivent acquitter les usagers aux Pays-Bas avant de pouvoir obtenir un remboursement est passée de 170 à 360 euros entre 2011 et 2014. Cela peut aller jusqu'à l'exclusion totale de prise en charge publique de certains soins ou médicaments. Le second cas de figure consiste à exclure certaines parties de la population de couverture

maladie : chômeurs de longue durée (Grèce), travailleurs indépendants ayant des dettes fiscales ou sociales (Grèce, Slovénie), étrangers en situation irrégulière (Espagne, Grèce, République tchèque).

Il est possible de capter pour partie ces évolutions au niveau macro-économique à travers la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé, part se situant très majoritairement entre 70 et 85 % dans les pays européens en 2015 (tableau 2). Pour partie seulement, car la baisse de la prise en charge publique peut s'accompagner d'une baisse des dépenses totales (typiquement du fait de renoncement aux soins), conduisant à ce que le ratio entre dépenses publiques et dépenses totales ne diminue pas ou peu, en conséquence de mesures d'augmentation de « partage des

Tableau 2. Part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses de santé et évolutions de cette part entre 2009 et 2015

	2015 (%)	2009-2015 (en points)
Irlande	69,2	-7,9
Pays-Bas	80,7	-6,1
Espagne	69,9	-5,5
Royaume-Uni	79,0	-4,3
Grèce	60,6	-4,1
Portugal	66,0	-3,9
Italie	75,5	-2,8
Hongrie	67,0	-1,4
Slovénie	72,2	-0,8
Autriche	76,1	-0,3
Danemark	84,2	-0,3
Islande	81,8	-0,1
Pologne	71,6	0,0
France	78,6	0,3
Finlande	75,5	0,4
Belgique	77,5	0,4
Norvège	85,2	0,8
Allemagne	85,0	1,1
République tchèque	84,6	1,3
États-Unis	49,4	1,3
Suède	83,7	*

* Les évolutions concernant la Suède ne sont pas reproduites en raison de surprenantes données, en particulier des augmentations en 2011 des dépenses par tête en termes réels de 31,5 % pour les dépenses publiques et de 28,2 % pour les dépenses totales de santé.

Pays classés par ordre croissant sur l'évolution 2009-2015.

Source : OCDE.

coûts »⁷. En dépit de ce phénomène, la part des dépenses publiques a quand même connu un net reflux entre 2009 et 2012 dans les pays périphériques (Portugal, Irlande, Espagne, Grèce, Italie, Slovaquie, Hongrie, Pologne) et également aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans les autres pays, elle s'est en général au mieux maintenue. Sur la période plus récente entre 2012 et 2015, cette part a continué à diminuer dans les pays du Sud, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, mais s'est rétablie dans les pays de l'« Est » européen (voir *infra*). Sur l'ensemble de la période 2009-2015, la baisse est assez générale, à l'exception de pays comme l'Allemagne, la République tchèque ou la Norvège (tableau 2). Ce sont en outre plutôt les pays où cette part était faible qui ont connu la plus forte baisse. En effet, alors qu'au moins depuis 2000 la disparité sur ce point au sein de l'espace européen ne cessait de diminuer, elle s'est mise à augmenter fortement et continuellement de 2010 à 2015, indiquant un mouvement de divergence en Europe⁸.

II. Les évolutions des dépenses de santé : les deux temps de la crise, celui de la grande récession et celui des politiques d'austérité

Avant d'examiner les évolutions des dépenses de santé durant la période de récession (II.2) puis à partir du tournant de l'austérité (II.3), un détour vers l'état des connaissances sur les déterminants des dépenses de santé et de leurs évolutions permet déjà d'émettre des hypothèses sur la séquence intervenue depuis 2007 (II.1).

II.1. Les déterminants de l'évolution des dépenses : quels enseignements pour la période 2007-2015 ?

Les dépenses de santé résultent de l'interaction de nombreux facteurs pouvant agir sur la demande et l'offre de soins. Cependant, les théories et outils de l'économie *mainstream* ne sont pas adaptés pour analyser les déterminants de ces évolutions. Par exemple, la demande de soin ayant le plus souvent un caractère involontaire, elle ne peut être assimilée à une préférence ou un désir, que serait par exemple celui d'avoir un accident cardiaque ou un mal de gorge (Batifoulier, 2014). La gratuité des urgences ne conduit pas les individus à vouloir en « consommer », à y passer leur dimanche pour en profiter. Le soin, dans ses modalités, ainsi que son prix, n'est le plus souvent pas le choix du « consommateur », ils lui sont largement prescrits par les professionnels de santé. La demande n'est pas indépendante de l'offre, elle est déterminée au moins pour partie par des facteurs d'offre. Le besoin de santé a un caractère collectif et social et ne peut être réduit à une

7. La Grèce illustre ce point puisque l'effondrement de la dépense publique s'est aussi accompagné d'une baisse de la dépense privée. Voir Burgi, dans ce numéro.

8. Disparité appréhendée par l'écart type de la part des dépenses publiques entre les pays européens.

stratégie ou une préférence individuelle (Batifoulier, Domin, 2015). Si les facteurs d'offre de soins apparaissent décisifs au regard de l'évolution des dépenses, il est assez illusoire de vouloir distinguer et analyser séparément le rôle des facteurs d'offre et de demande qui sont très enchevêtrés.

Les travaux empiriques examinent de nombreux déterminants possibles de l'évolution des dépenses de santé : effets des prix, des revenus du travail des professionnels de santé et du progrès technique ; vieillissement de la population ; configuration du système de santé et/ou de financement du soin, niveau de couverture des systèmes publics de financement du soin ; niveau de développement, revenu des ménages... Les places respectives de ces déterminants ne font pas totalement consensus, d'autant qu'ils ne sont pas indépendants et agissent simultanément sur des facteurs de la demande et de l'offre de soins. Certains résultats se dégagent néanmoins des travaux existants, desquels il ressort que la conjoncture économique ne joue pas un rôle important (Martín *et al.*, 2011).

Le consensus qui se dégage des travaux est que le déterminant principal de l'évolution des dépenses de santé serait « les prix et la technologie », pour reprendre le langage utilisé par l'OCDE (Pisu, 2014). Ce facteur, parfois rangé derrière la notion de « progrès technique », ne porte pas principalement, comme son appellation pourrait l'indiquer, sur les nouveaux appareils ou médicaments, mais surtout sur les changements de pratiques en matière de diagnostics, de soins et de traitements appliqués (en lien avec l'évolution de la demande sociale quant à ces pratiques), ainsi que sur la reconnaissance de ces changements de pratiques sur les rémunérations des professionnels. Ce facteur expliquerait de la moitié aux trois quarts de l'augmentation des dépenses de santé des années 1990-2000 dans les pays de l'OCDE (Pisu, 2014). Ce résultat n'est pas très étonnant puisque les dépenses de santé correspondent directement, pour environ les quatre cinquièmes, à des services dont les prix sont les revenus du travail des personnes produisant ces services⁹. Il n'existe aucune raison majeure pour que les revenus de professionnels qualifiés n'évoluent pas au même rythme que les autres revenus du travail : ils pourraient même augmenter plus vite compte tenu de la situation durable de pénurie relative de personnels de santé (médecins, infirmiers...).

Le vieillissement n'est pas le déterminant majeur de l'évolution structurelle des dépenses de santé : la part des personnes âgées dans la population et l'augmentation de l'espérance de vie joue faiblement. 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). S'agissant des projections de dépenses, le vieillissement n'expliquerait qu'une très faible part de la hausse

9. 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.

attendue dans les prochaines décennies (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013). Ce résultat *a priori* contre-intuitif s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et par la concentration en moyenne des dépenses de santé en fin de vie quel que soit l'âge de cette dernière.

La configuration du système public de financement du soin ou protection maladie, et le niveau de couverture sociale de cette protection maladie, peuvent 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, par diverses formes de contrôle et de rationnement que dans les systèmes d'assurance maladie (France, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, etc.), ce qui expliquerait que la part des dépenses de santé soit légèrement plus faible en moyenne dans les premiers que dans les seconds. Ce résultat semble valider l'idée que, pour limiter les dépenses, le contrôle de l'offre de soins importe plus que la demande. Cette distinction sommaire entre ces deux types de système ne permet cependant pas d'expliquer les évolutions constatées dans les pays européens depuis une vingtaine d'années.

Les études empiriques cherchant à mettre en exergue le rôle de la demande de soins concluent à une élasticité revenu des dépenses de santé positive, et même souvent supérieure à 1, faisant du soin un « bien supérieur » : dans tous les pays, l'élévation du niveau de vie s'est accompagnée d'une croissance plus forte des dépenses de santé (par exemple, la consommation de biens et soins médicaux en France est passée de 2,5 % à 8,9 % du PIB entre 1950 et 2015). Mais l'élasticité revenu des dépenses de santé n'est pas invariante selon les contextes. L'hypothèse d'un rattrapage des pays les moins développés vers les plus développés semblent validée par une élasticité plus élevée dans les pays les plus pauvres (Baltagi *et al.*, 2016). Au sein des pays les plus développés, les études montrent également que les dépenses de santé ont eu tendance, avec de nombreuses exceptions, à augmenter davantage dans les pays où ces dépenses étaient les plus faibles. Si les dépenses augmentent statistiquement avec les revenus des « consommateurs », ce lien de corrélation n'en fait pas pour autant un lien de causalité permettant d'expliquer et comprendre les évolutions des dépenses de santé, qui semblent davantage à chercher du côté des facteurs d'offre de soins.

Cette interprétation est validée par l'asymétrie constatée de l'élasticité revenu en cas de retournement économique : en période de récession et de baisse des revenus, les dépenses tendent à ne pas baisser voire à continuer d'augmenter. L'élasticité des dépenses de santé au PIB par tête, positive la plupart du temps, devient souvent négative (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013). Ce résultat s'expliquerait d'abord par le rôle moteur des

facteurs d'offre de soins qui n'ont pas de raison de se modifier de façon notable à court terme (la crise ne fait pas disparaître les médecins), et ensuite par des évolutions des besoins de soins, eux-mêmes finalement assez indifférents à la conjoncture (la crise ne fait pas disparaître les maladies chroniques). Un examen sur longue période des évolutions des dépenses de santé montrent que, quand ces dernières se sont mises à diminuer, ce n'était en général pas au moment et du fait du ralentissement économique, mais en raison des mesures de restrictions budgétaires prises ultérieurement pour rétablir les comptes publics (Stuckler, Basu, 2014).

Ce bref panorama des déterminants des dépenses de santé permet de faire l'hypothèse suivante sur les évolutions des dépenses de santé depuis 2007, en distinguant deux périodes :

- la période de récession (2008-2009) durant laquelle le rythme de croissance des dépenses de santé n'a guère eu de raison de ralentir dès lors que l'offre de soins n'a pas eu de raison d'être modifiée du seul fait du ralentissement économique (sauf mesures déjà prises en ce sens) et avec l'hypothèse d'une faible évolution des renoncements aux soins des personnes touchées par des baisses de revenus dès lors que la dépense est largement socialisée. Ne doit pas être exclue l'hypothèse que la crise et le chômage ont même pu conduire à augmenter certains besoins de soins ¹⁰ ;

- la période au-delà de 2009 durant laquelle la plupart des pays se sont engagés dans des politiques de rétablissement des équilibres budgétaires, prenant la forme de coupes ou de réformes structurelles.

De fait, l'analyse de l'évolution depuis 2007 des dépenses de santé, et de leur composante publique, permet de valider l'hypothèse et d'opposer deux périodes : la période postérieure au déclenchement de la crise financière qui avait été caractérisée par des actions politiques et des mesures de relance au moins jusqu'à 2009 et la période des consolidations budgétaires à partir de 2010.

II.2. Face à la récession (2008-2009), une forte croissance des dépenses publiques de santé jouant un rôle de stabilisation économique

Entre 2007 et 2009, c'est-à-dire durant la grande récession, les dépenses totales et publiques de santé par habitant (en termes réels) ont continué à augmenter dans presque tous les pays, à l'exception de l'Islande et de la Hongrie (ce pays avait agi dès 2006 sous l'injonction du FMI). Si l'on met de côté ces deux pays, la période de récession ne s'est généralement pas traduite par un ralentissement du rythme de croissance des dépenses (tableau 3 ; graphique 2).

10. Selon le *survey* de van Gool et Pearson (2014), en cas de hausse du chômage, le recours à certains soins augmenterait (anxiolytiques, hospitalisations pour problèmes psychologiques, liés à l'alcool...) mais il diminuerait pour les soins de prévention (examens préventifs ou de dépistage, vaccinations, soins dentaires) voire certains soins courants (renoncements).

**Tableau 3. Dépenses publiques * de santé
et dépenses totales de santé par habitant (2000-2015)**

Taux de croissance annuel moyen (en termes réels)

	Dépenses publiques de santé					Dépenses totales de santé				
	2000-2007	2007-2009	2009-2015	2009-2012	2012-2015	2000-2007	2007-2009	2009-2015	2009-2012	2012-2015
Grèce	7,1	3,4	-7,6	-8,9	-6,3	7,1	1,1	-6,6	-9,8	-3,2
Portugal	1,6	3,7	-2,9	-5,0	-0,7	2,0	2,8	-2,0	-3,0	-0,9
Espagne	4,2	6,3	-1,4	-2,6	-0,1	3,9	4,4	-0,1	-1,1	0,9
Italie	2,8	1,4	-1,3	-1,5	-1,0	1,9	0,8	-0,7	-1,0	-0,4
Irlande	7,8	8,4	-1,2	-1,2	-1,2	7,5	9,9	0,6	-0,7	1,9
Slovénie	2,5	4,9	-0,1	-0,5	0,2	3,0	3,8	0,1	0,1	0,0
Pays-Bas	9,6**	4,0	0,0	0,2	-0,2	5,7	3,3	1,2	2,2	0,2
Danemark	3,4	4,0	0,1	-0,6	0,9	3,3	3,5	0,2	-0,9	1,3
Islande	3,2	-1,1	0,3	-2,4	3,1	2,9	-0,7	0,4	-1,8	2,6
Hongrie	4,7	-3,0	0,9	0,2	1,6	4,9	-2,5	1,2	1,6	0,9
France	1,7	2,0	0,9	0,9	0,9	1,8	2,1	0,8	0,9	0,7
Autriche	2,1	2,5	1,0	1,2	0,8	2,1	1,9	1,1	1,4	0,7
Belgique	3,5	5,9	1,0	1,1	0,9	3,4	4,4	0,9	0,9	0,9
Finlande	5,7	1,9	1,6	2,7	0,5	4,8	1,8	1,5	2,4	0,6
Rép. slovaque	7,1	8,2	2,0	1,0	3,1	11,1	5,0	0,5	1,6	-0,7
Rép. tchèque	4,4	7,2	2,1	-0,1	4,4	5,3	8,1	1,9	-0,3	4,0
Norvège	3,5	3,3	2,2	1,7	2,7	3,1	2,9	2,0	1,5	2,5
Allemagne	1,0	8,5**	2,2	2,0	2,4	1,6	3,5	2,0	2,2	1,8
Pologne	6,0	10,9	2,3	0,4	4,2	5,7	9,7	2,3	1,2	3,4
États-Unis	4,7	4,3	2,4	1,5	3,3	4,1	2,2	1,9	1,4	2,5
Royaume-Uni	5,5	4,6	2,4	-0,5	5,4	5,1	3,2	3,3	0,1	6,6
Suède	3,2	1,4	5,9**	9,7**	2,2	3,8	1,4	5,5**	9,0**	2,1

* Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

** Possibles problèmes de données :

- entre 2004 et 2006 pour les Pays-Bas avec une augmentation de 50 % des dépenses publiques entre 2004 et 2006, due probablement pour partie à un changement d'imputation comptable du caractère public de certaines dépenses de santé (les dépenses totales de santé ont augmenté de 15 % sur la même période) ;

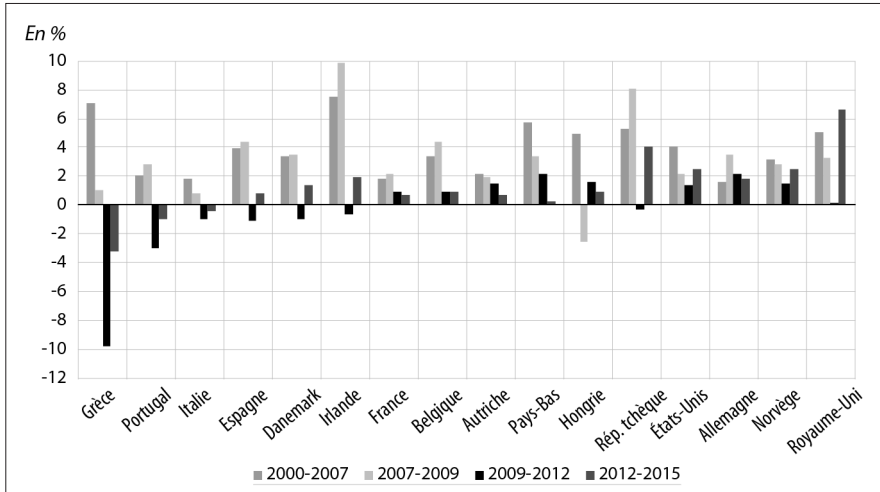
- en 2009 pour l'Allemagne avec une augmentation de 13,8 % des dépenses publiques contre 3,8 % pour les dépenses totales, faisant passer la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de 76 à 84 % entre 2008 et 2009 (probable changement d'imputation comptable du caractère public ou non de certaines dépenses de santé) ;

- en 2011 pour la Suède avec une augmentation de 31,5 % des dépenses publiques et de 28,2 % des dépenses totales.

Pays classés par ordre croissant du taux de croissance des dépenses publiques de santé par tête entre 2009 et 2012.

Source : calculs à partir des données OCDE.

Graphique 2. Évolution des dépenses publiques de santé par habitant * (2000-2015)



* Taux de croissance annuel moyen par tête, en termes réels.
Source et notes : voir tableau 3.

Certes, dans quelques pays où la croissance des dépenses publiques était particulièrement élevée sur la période précédente (2000-2007), elle s’est légèrement tassée sur la période 2007-2009 : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et dans plusieurs pays nordiques (Suède, Finlande, Norvège). Entre ces deux périodes, elle est également passée d’un rythme annuel de 2,8 % à 1,4 % en Italie et de 7,1 % à 3,4 % en Grèce, rythme encore relativement soutenu qui s’est poursuivi en 2010. Mais dans tous les autres pays, la croissance des dépenses publiques s’est plutôt accélérée : dans les pays où la croissance des dépenses avait auparavant été très contenue comme en Allemagne, en Autriche, au Portugal et en France, mais également dans d’autres pays où cette croissance était déjà pourtant très forte comme dans certains pays de l’est européen (Pologne, Républiques tchèque et slovaque, Slovénie), en Espagne, en Irlande, au Danemark ou en Belgique.

Entre 2007 et 2009, les dépenses publiques de santé par habitant ont non seulement continué de croître, et souvent rapidement, mais dans une majorité de pays elles ont même davantage augmenté que les dépenses totales de santé, conduisant à une augmentation de la part des dépenses publiques dans le total des dépenses (tableau 4). Cette évolution est particulièrement marquée en Grèce, en Espagne, au Royaume-Uni, en Pologne, en Belgique, mais aussi dans une moindre mesure aux Pays-Bas, au Portugal, en Italie, en Autriche, au Danemark, en Norvège. L’explication serait à trouver du côté de possibles mesures prises, mais aussi plus probablement dans le comportement des ménages recourant davantage aux soins et biens

médicaux faisant l'objet d'un financement public et moins à ceux non ou mal pris en charge. L'Irlande fait exception pour avoir beaucoup plus tôt, et dès 2007, pris de fortes mesures de déremboursement. En France, comme en Finlande ou en Suède, les dépenses publiques de santé ont évolué à peu près au même rythme que les dépenses totales de santé.

En conclusion, les dépenses publiques de santé ont clairement joué un rôle de stabilisation économique entre 2007 et 2009, en continuant de croître et même souvent en connaissant une accélération de leur croissance, et, dans la majorité des pays, avec une prise en charge publique croissante. Un contrepied complet de ces évolutions va intervenir à partir de 2010.

II.3. Évolution des dépenses de santé : une rupture sans précédent à partir de 2010

Les restrictions budgétaires à partir de 2010 n'ont pas épargné la santé et se sont traduites au niveau du rythme d'évolution des dépenses totales de santé par habitant. Alors que leur croissance moyenne était de l'ordre de 4 à 5 % par an en termes réels 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, avait déjà constaté que la rupture s'opérait en 2010 et non pas auparavant (van Gool, Pearson, 2014).

Entre 2009 et 2015, les dépenses publiques de santé par tête ont chuté en valeur réelle en Grèce (-37,7 %), au Portugal (-16,2 %), en Espagne (-8,0 %), en Italie (-7,4 %), en Irlande (-6,9 %), et elles ont baissé de 0,2 % aux Pays-Bas, un net recul par rapport à la période précédente de forte croissance (voir *infra*). Elles avaient également diminué sur la période 2009-2012 en Islande, au Danemark, au Royaume-Uni. Dans les autres pays où elles n'ont pas diminué, la rupture a également pu être forte, avec souvent des rythmes de croissance réduits à des niveaux jamais connus auparavant.

Croiser l'évolution des dépenses publiques entre 2009 et 2012 (voire jusqu'en 2015) et l'ampleur de l'éventuelle rupture avec les périodes antérieures permet de dégager plusieurs trajectoires.

Des coupes très fortes et prolongées : Grèce, Portugal, Espagne, Italie, Irlande

Dans ces pays, les dépenses publiques par tête ont chuté en termes réels, un événement constituant une première depuis au moins un demi-siècle, et en particulier dans ceux où le taux de croissance annuel a baissé de plus de 1 % entre 2009 et 2012 : Grèce (-8,9 %), Portugal (-5 %), Espagne (-2,6 %), Italie (-1,5 %), Irlande (-1,2 %). Les dépenses de ces pays ont continué de diminuer entre 2012 et 2015, de manière néanmoins nettement moins prononcée en Espagne et au Portugal. L'Islande a aussi connu une forte

Tableau 4. Hausses et baisses de la composante publique des dépenses de santé * (2000-2015)

En %

	2000-2007	2007-2009	2009-2015		
			2009-2015	2009-2012	2012-2015
Irlande	0,3	-1,5	-1,8	-0,5	-3,1
Espagne	0,3	1,9	-1,2	-1,5	-1,0
Pays-Bas	3,9 **	0,7	-1,2	-2,0	-0,5
Grèce	0,1	2,3	-1,0	0,9 ***	-3,1
Portugal	-0,4	0,9	-0,9	-2,1	0,2
Royaume-Uni	0,4	1,3	-0,9	-0,6	-1,2
Italie	0,9	0,5	-0,6	-0,5	-0,7
Hongrie	-0,2	-0,4	-0,3	-1,4	0,7
Slovénie	-0,5	1,1	-0,2	-0,6	0,2
Autriche	0,0	0,5	-0,1	-0,2	0,1
Danemark	0,1	0,5	-0,1	0,3	-0,4
Islande	0,4	-0,3	0,0	-0,6	0,5
Pologne	0,3	1,2	0,0	-0,8	0,8
France	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,2
Belgique	0,1	1,5	0,1	0,2	0,0
Finlande	0,8	0,0	0,1	0,3	-0,1
Norvège	0,4	0,5	0,2	0,1	0,2
Allemagne	-0,6	5,0 **	0,2	-0,1	0,6
Rép. tchèque	-0,9	-0,9	0,3	0,2	0,4
Suède	-0,7	0,1	0,4 **	0,7 **	0,0
États-Unis	0,7	2,1	0,5	0,1	0,8

* Différence entre le taux de croissance (par tête) des dépenses publiques et des dépenses totales de santé.

** Possibles problèmes de données :

- pour les Pays-Bas avec une surprenante augmentation de 50 % des dépenses publiques entre 2004 et 2006 (les dépenses totales ayant augmenté de seulement 15 % sur la même période), hausse énorme due probablement à un changement d'imputation du caractère public de certaines dépenses de santé ;

- pour l'Allemagne avec une surprenante augmentation de 13,8 % des dépenses publiques en 2009 contre 3,8 % pour les dépenses totales, faisant passer la part des dépenses publiques dans les dépenses totales 76 à 84 % entre 2008 et 2009 (probable changement d'imputation du caractère public ou non de certaines dépenses de santé) ;

- pour la Suède avec une surprenante augmentation des dépenses publiques de 31,5 % et des dépenses totales de 28,2 % en 2011.

*** -2,1 % entre 2010 et 2012.

Pays classés par ordre croissant sur la période 2009-2015.

Lecture :

	La part des dépenses publiques augmente fortement (différentiel > à 0,5 % par an)
	La part des dépenses publiques augmente faiblement (différentiel > à 0,2 % et < ou = à 0,5 %)
	La part des dépenses publiques est constante ou presque (différentiel entre -0,2 % et +0,2 %)
	La part des dépenses publiques diminue faiblement (différentiel > ou = à -0,5 % et < à -0,2 %)
	La part des dépenses publiques diminue fortement (différentiel < à -0,5 %)

Source : voir tableau 3.

baisse annuelle de -2,4 % entre 2009 et 2012 mais elle fait exception et se distingue puisque ses dépenses sont réparties ensuite au même rythme qu'avant la crise (+3,1 %).

**Des coupes fortes à partir de 2010, souvent atténuées à partir de 2012 :
Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas, Slovénie, République tchèque,
Pologne, Slovaquie**

Dans ce groupe figurent d'abord les pays qui ont connu une baisse de leurs dépenses par tête entre 2009 et 2012, certes également inédite, mais moins prononcée que dans les pays précédents, à un rythme annuel inférieur à 1 % : Danemark, Royaume-Uni, Slovénie, République tchèque. Si on prolonge la période d'observation jusqu'à 2015, les Pays-Bas entrent également dans ce groupe, mais en sortent alors les autres, surtout le Royaume-Uni et la République tchèque qui ont connu une forte croissance de leurs dépenses entre 2012 et 2015.

Peuvent en outre figurer parmi ce groupe d'autres pays qui, bien qu'ayant conservé une croissance annuelle positive de leurs dépenses par tête entre 2009 et 2012, ont vu le rythme de cette croissance drastiquement réduit d'au moins 4 points par rapport à la période antérieure de référence 2000-2007 : les Pays-Bas, la Pologne, la Slovaquie. Au vu de ce critère, le constat reste formellement valable pour ces trois pays si on étend l'examen à l'ensemble de la période 2009-2015, mais il vaut surtout pour les Pays-Bas, seul pays à voir la maîtrise de ses dépenses de santé s'amplifier sur la période récente.

**Un freinage important des dépenses, prolongé au-delà de 2012 : Hongrie,
Belgique, Finlande, France, Autriche**

Tout en conservant une croissance positive de leur dépenses par tête, ces pays en ont fortement réduit le rythme d'augmentation entre 2009 et 2012 : de 2 à 4 points en Hongrie, en Belgique, en Norvège et en Finlande, mais pour ce dernier pays, le rythme très élevé avant la crise l'est relativement resté ensuite (+2,7 % par an). La France et l'Autriche ont également comprimé leurs dépenses, amputant leur croissance d'environ 1 point, mais il convient de souligner que ces deux pays figuraient parmi ceux ayant les taux de croissance les plus réduits auparavant. Dans tous ces pays, si le ralentissement de la croissance des dépenses a pu être moins brutal, voire non perçu comme une rupture, il tend à se prolonger voire parfois à s'amplifier entre 2012 et 2015 (Autriche, Belgique, Finlande).

Ni rupture, ni austérité en Allemagne

L'Allemagne fait figure d'exception, avec un rythme de croissance des dépenses publiques de santé de 2 % entre 2009 et 2012 (2,2 entre 2009 et 2015), supérieur à ce qu'il était avant la crise (1 % entre 2000 et 2007).

Sur la période plus récente, entre 2012 et 2015, d'autres pays ont cependant connu des taux de croissance des dépenses publiques de santé par tête si ce n'est proches de ce qu'ils étaient avant la crise, au moins relativement élevés, indiquant qu'une pause a été mise aux restrictions : Royaume-Uni (5,4 %), République tchèque (4,4 %), Pologne (4,2 %), Islande (3,1 %), République slovaque (3,1 %), Norvège (2,7 %), Suède (2,2 %).

Une inflexion est également intervenue sur la répartition entre dépenses publiques et dépenses privées. Alors que durant la période de récession, sous l'effet des comportements et des mesures prises, les dépenses publiques de santé avaient non seulement continué à croître dans une majorité des pays mais leur part dans le total des dépenses de santé s'était également accrue (voir *infra*), c'est un retournement complet qui se produit à partir de 2010 puisque quasiment plus aucun pays ne connaît de hausse de la part des dépenses publiques entre 2009 et 2012 (tableaux 3 et 4). À partir de 2012, une poignée de pays comme l'Allemagne, la Pologne, la Hongrie et l'Islande réenregistrent bien une hausse, mais celle-ci vient en général rétablir une baisse intervenue entre 2009 et 2012. Le trait majeur entre 2009 et 2012 est que la grande majorité des pays connaît une baisse de la part publique, alors que seule l'Irlande avait déjà été réellement concernée par un tel mouvement antérieurement. Les pays où la part des dépenses publiques diminue le plus sont le Portugal, l'Irlande, l'Espagne, la Grèce, la Slovénie, la Hongrie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Italie. Dans les autres pays, en particulier du Nord et de l'Ouest européen (à l'exception du Royaume-Uni et des Pays-Bas), les parts respectives des dépenses publiques ou privées ont été globalement stables : la maîtrise y a touché l'ensemble des dépenses de santé.

Une conclusion s'impose : les divergences en matière de santé se sont accrues au sein de l'espace européen, en rupture très forte avec les évolutions antérieures marquées par un phénomène de rattrapage des pays les plus en retard. La Commission européenne le constate : « Entre 2010 et 2012, des pays avec [déjà] de hauts niveaux de dépenses ont connu une croissance relativement dynamique de leurs dépenses de santé et d'invalidité [Allemagne, Finlande, Suède...]. À l'inverse, quelques États membres avec initialement des niveaux faibles ou moyens ont connu des croissances significativement négatives de leurs dépenses de santé et d'invalidité (en particulier Chypre et la Roumanie, mais aussi à un degré moindre la Pologne, la Slovaquie, la Grèce, l'Espagne, la Hongrie, l'Italie, le Portugal et la Slovénie) » (European Commission, 2016).

Conclusion : mettre la santé au régime, une erreur majeure de politique économique

Cet article a décrit et analysé les modalités des réformes et des mesures de consolidation budgétaire dans le secteur de la santé intervenues dans la plupart des pays européens à compter de 2010. Les effets ont été d'autant plus forts sur les dépenses que ces mesures ont porté sur les emplois, les rémunérations et les conditions de travail dans le secteur de la santé. Aux conséquences négatives de cette austérité sur le « travail » des professionnels de santé s'ajoutent celles sur la santé de la population (voir par exemple, Stuckler, Basu, 2014 ; Batifoulier, 2016 ; Da Silva, dans ce numéro ; Burgi, dans ce numéro). Les conséquences négatives ne seront probablement pas passagères compte tenu de l'importance des dépenses de santé à long terme sur la productivité et le développement économique.

Pendant, le discours dominant tend à présenter ces conséquences négatives comme inévitables, comme une sorte de prix nécessaire à payer à court terme pour rétablir les comptes publics et pour aboutir à un bilan qui s'avérera globalement positif à la fin. Est-ce vraiment le cas ? Les restrictions des dépenses publiques de santé sont-elles même seulement efficaces au regard de l'objectif affiché de réduction des déficits publics ?

Les politiques d'austérité, en particulier celles menées dans les pays périphériques de l'Europe soumis aux exigences des bailleurs internationaux, ont été décidées sur la base d'hypothèses erronées en ce qui concerne leur impact sur la croissance et finalement sur la réduction des déficits. Les préconisations d'organisations comme la Commission européenne ou le FMI étaient en effet construites sur la base de valeurs des multiplicateurs budgétaires de court terme de 0,5, alors qu'il s'est avéré qu'ils étaient bien supérieurs, autour de 1,5¹¹. Une politique de réduction des déficits, pour ne pas être trop récessive et donc être efficace, doit en effet tenir compte du niveau du multiplicateur budgétaire. L'erreur qui a permis de justifier des coupes bien trop sévères a été reconnue plus tard par le FMI lui-même (Blanchard, Leigh, 2013), mais sans que les préconisations de politique publique ne soient ensuite vraiment modifiées. Cette erreur venait d'une part du choix de se fonder sur les études empiriques reposant sur des modèles d'inspiration néoclassique, alors que les études empiriques existantes fondées sur des modèles d'inspiration keynésienne traditionnelle aboutissaient à des multiplicateurs supérieurs (Gechert, Will, 2012 ; Ragot, Saraceno, 2016), et d'autre part du choix de se fonder sur des multiplicateurs mesurés durant des conjonctures normales, hors période de récession, mais aussi hors contexte d'ajustement simultané dans tous les pays.

11. Un multiplicateur de 1 signifie qu'une contraction de 1 euro des dépenses publiques entraîne une baisse de 1 euro du PIB. Un multiplicateur faible de 0,5 signifie qu'une politique restrictive aura un effet plus limité puisque la contraction de 1 euro des dépenses publiques conduira à seulement 0,5 euro de contraction du PIB.

Une autre erreur, non reconnue et à notre connaissance peu documentée, a été celle de ne pas prendre en compte les effets différenciés des restrictions budgétaires selon les types de dépenses. Cette indistinction a permis plus facilement de justifier des tailles dans les dépenses sociales. Or, les multiplicateurs sont plus élevés pour la protection sociale, la santé et l'éducation. La baisse des dépenses dans ces secteurs a un impact négatif plus fort sur la croissance parce qu'elles sont réinjectées quasi intégralement sous forme de dépenses ou d'investissement dans l'économie nationale. Les dépenses de santé ou de protection sociale connaissent en effet peu de fuites vers l'épargne ou hors de l'économie nationale car elles concernent des activités très peu délocalisées et peu délocalisables¹², à la différence d'autres dépenses, en particulier les dépenses militaires ou les aides aux entreprises qui ne retournent que partiellement sous forme de consommation et d'investissement dans le circuit économique national (délocalisations, investissements à l'étranger, distribution de dividendes, bulle financière, paradis fiscaux...). Une estimation du multiplicateur pour les différents secteurs de l'économie réalisée à partir de données de 25 pays de l'UE antérieures à la récession (1995-2007) confirme cette intuition (Reeves *et al.*, 2013). Les dépenses publiques les plus « productives », celles pour lesquelles les multiplicateurs budgétaires sont les plus élevés, celles qu'il conviendrait en conséquence d'augmenter ou de préserver le plus, sont les dépenses de protection sociale, de santé et d'éducation. Les multiplicateurs estimés sont au contraire très faibles pour les dépenses concernant la défense et les aides aux entreprises ou aux banques¹³. Ces résultats permettent de conclure que les politiques de restriction des dépenses dans le domaine de la santé, en plus d'avoir des conséquences sociales et sanitaires négatives, sont également inefficaces du point de vue de leur objectif budgétaire.

12. Les importations de services de 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).

13. Une étude réalisée aux États-Unis montre également qu'un supplément de dépense publique dans l'éducation ou dans la santé génère respectivement 2,4 et 1,5 fois plus d'emplois (directs, indirects et induits) que dans les dépenses militaires (Pollin, Garrett-Peltier, 2011).

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N. (2017), « Les politiques du médicament dans un contexte d'austérité en France et au Royaume-Uni », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 111-140.
- André C. (2015), « Les systèmes de santé européens en longue période », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <http://regulation.revues.org/11177>.
- André C., Batifoulie P., Jansen-Ferreira M. (2014), « Les privatisations 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., Batifoulie P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- Baltagi B.H., Lagravinese R., Moscone F., Tosetti E. (2016), « Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective », *CESifo Working Paper*, n° 6091, Center for Economic Studies & Ifo Institute, September, <https://doi.org/10.1002/hec.3424>.
- Batifoulie P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulie P. (2015), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11196>.
- Batifoulie P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, <https://goo.gl/ZEoia9>.
- Batifoulie P., Domin J.-P. (2015), « Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/10274>.
- Blanchard O., Leigh D. (2013), « Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers », *IMF Working Paper*, WP/13/1, January, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1301.pdf>.
- Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 77-110.
- Cashin C., Chi Y.-L., Smith P., Borowitz M., Thomson S. (eds.) (2014), *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*, OECD/WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.
- Da Silva N. (2017), « Crise, austérité et santé : quand la relance sauve des vies, l'austérité tue ? », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 49-75.
- Domin J.-P. (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11293>.
- 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.

- Eurofound (2013), *Impacts of the Crisis on Access to Healthcare Services in the EU*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1385en.pdf.
- Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1442en.pdf.
- Eurofound (2017), *Delivering Hospital Services: A Greater Role for the Private Sector?*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1653en.pdf.
- 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, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/op201_en.htm.
- European Commission (2016), *Employment and Social Developments in Europe 2015*, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=fr&pubId=7859&furtherPubs=yes>.
- Eydoux A., Math A., Périvier H. (eds.) (2014), « European Labour Markets in Times of Crisis. A Gender Perspective », *Revue de l'OFCE*, n° 133, <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/133/revue-133.pdf>.
- Gechert S., Will H. (2012), « Fiscal Multipliers: A Meta Regression Analysis », *IMK Working Paper*, n° 97, July, https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_wp_97_2012.pdf.
- Greer S.L., Jarman H., Baeten R. (2016), « The New Political Economy of Health Care in the European Union: The Impact of Fiscal Governance », *International Journal of Health Services*, vol. 46, n° 2, p. 262-282, <https://doi.org/10.1177/0020731416637205>.
- 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, <https://goo.gl/1Pk7cE>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IREs*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Lorach N., Mareuge C., Merckling C. (2014), « Réduction des dépenses publiques : les leçons de l'expérience », *La Note d'analyse*, France Stratégie, <https://goo.gl/fHsKSF>.
- 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, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>.
- Mareuge C., Merckling C. (2014), « Pourquoi les dépenses publiques sont-elles plus élevées dans certains pays ? », *La Note d'analyse*, France Stratégie, <https://goo.gl/pFf3Fi>.
- Martín J.J.M., Puerto López del Amo González M., Dolores Cano García M. (2011), « Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure », *Applied Economics*, vol. 43, n° 1, p. 19-46, <https://doi.org/10.1080/00036841003689754>.

- Math A. (2014), « La santé au péril de l'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'ÉRES*, n° 148, décembre, p. 22-52, <https://goo.gl/qe7m4h>.
- Morgan D., Astolfi R. (2014), « Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 68, April 3, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>.
- OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions de l'OCDE, https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.
- OCDE (2016), *Panorama de la santé : Europe 2016. Comment la France se positionne ?*, Paris, Éditions de l'OCDE, <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf>.
- OECD (2009), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>.
- OECD (2010a), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, Paris, OECD Publishing, <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicy-settings.htm>.
- OECD (2010b), *Value for Money in Health Spending*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- Pisu M. (2014), « Overcoming Vulnerabilities of Health Care Systems », *OECD Economics Department Working Papers*, n° 1132, <https://doi.org/10.1787/5jz159228n6j-en>.
- Pollin R., Garrett-Peltier H. (2011), *The US Employment Effects of Military and Domestic Spending Priorities: 2011 Update*, Political Economy Research Institute University of Massachusetts, Amherst, December, <https://goo.gl/fa951G>.
- Ragot X., Saraceno F. (dir.) (2016). *Investissement public, capital public et croissance*, Rapport, OFCE, <http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf-articles/actu/Rapport-FNTP-05-12.pdf>.
- 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, <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>.
- Rubery J. (2013), « Public Sector Adjustment and the Threat to Gender Equality », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 43-83.
- Stamati F., Baeten R. (2014), « Health Care Reforms and the Crisis », *ETUI Report*, n° 134, <https://www.etui.org/Publications2/Reports>.
- Stamati F., Baeten R. (2015), « Varieties of Healthcare Reform: Understanding EU Leverage », in Natali D., Vanhercke B. (eds.), *Social Policy in the European Union: State of Play 2015*, Brussels, OSE/ETUI, p. 183-214.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills*, New York, Basic

Books. Des mêmes auteurs, « Les conséquences sanitaires des politiques économiques. Quand l'austérité tue », *Le Monde diplomatique*, vol. 61, n° 727, octobre [en ligne].

- Vandierendonck C. (2014), « Public Spending Reviews: Design, Conduct, Implementation », *European Economy, Economic Papers*, n° 525, European Commission, July, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2014/pdf/ecp525_en.pdf
- van Gool K., Pearson M. (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis : Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 76, September 4, <https://doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.
- Vaughan-Whitehead D. (2013), « Public Sector Shock in Europe: Between Structural Reforms and Quantitative Adjustment », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Public Sector Shock. The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 1-42.