



HAL
open science

L'utilité sociale de la dépense publique

Philippe Batifoulier, Denis Abecassis, Nicolas da Silva, Victor Duchesne,
Léonard Moulin

► **To cite this version:**

Philippe Batifoulier, Denis Abecassis, Nicolas da Silva, Victor Duchesne, Léonard Moulin. L'utilité sociale de la dépense publique. [Rapport de recherche] Centre Henri Aigueperse UNSA-éducation 2016, 334 p. hal-01421197

HAL Id: hal-01421197

<https://hal.science/hal-01421197v1>

Submitted on 2 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License



Centre Henri-Aigueperse UNSA-éducation

L'utilité sociale de la dépense publique

*Rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité
sociale et utilité »*

Responsable scientifique
Philippe Batifoulier (CEPN, Université Paris 13)

Octobre 2016

Convention de recherche entre l'UNSA Education et EconomiX (UMR CNRS,
Université Paris X-Nanterre) PROGRAMME 2014-1/C41/P10/EconomiX

Sommaire

Sommaire	2
Introduction générale.....	3
Membres de l'équipe	10
Partie 1. La critique de la dépense publique : les mots et les chiffres	11
Chapitre 1. Quelle hausse de la dépense publique ?	14
Chapitre 2. Les conventions qui soutiennent le changement de représentation de la dépense publique.....	45
Chapitre 3 : Quelle modernité de la critique de la dépense publique ? Le cas de la Sécurité sociale.....	70
Conclusion de la partie 1.....	120
Partie 2. Ce que produit la dépense publique : un projet de société ?	122
Chapitre 4. De la dépense publique à la production publique.....	125
Chapitre 5. Réduire les inégalités pour une meilleure santé	155
Chapitre 6. La dépense publique sauve des vies en temps de crise	187
Conclusion de la deuxième partie	209
Partie 3. Santé et Education : deux cas exemplaires de privatisations.....	211
Chapitre 7. Une cartographie des privatisations	214
Chapitre 8. La privatisation en santé : une stratégie inégalitaire et inefficace.....	226
Chapitre 9. La Privatisation dans le secteur de l'éducation.	250
Conclusion de la partie 3.....	271
Conclusion générale	274
Bibliographie.....	282
Annexes n°1 - Chapitre 1 – Données détaillées sur la dépense publique	298
Annexes n°2 - Chapitre 3 - Fragments de discours au sujet de la sécurité sociale. L'étrange modernité du débat de 1949	311
Table des matières	326

Introduction générale

Cette étude répond à l'appel à projet du Centre Henri Aigueperse / UNSA éducation « Dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre du programme 2014-1/C41 Etudes & recherches. Elle rassemble une équipe d'économistes venant du laboratoire EconomiX (UMR 7235, Université Paris Nanterre) et du laboratoire (CEPN UMR 7234, Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité). Si les auteurs du rapport étaient majoritairement membres d'EconomiX au moment de la signature de la convention en mars 2015, ils étaient membres titulaires du laboratoire CEPN au moment de la rédaction des rapports intermédiaire (janvier 2016) et final (octobre 2016) (voir les membres de l'équipe en fin d'introduction).

Ce travail s'inscrit dans un contexte de dénigrement de la dépense publique et de volonté affichée de la réduire. Il vise à la fois à mettre en évidence les mécanismes et représentations qui sous-tendent ce mot d'ordre et à établir les effets pervers d'une réduction de la dépense publique quand elle pèse sur le bien être individuel et collectif. Il insiste sur l'utilité sociale de la dépense publique qui vient compléter son utilité économique. Il met en évidence le fait que la dépense publique a une valeur en soi en produisant de la santé et de la cohésion sociale, ce que ne peut pas faire la dépense privée qui est plus inégalitaire et plus inefficace. Le niveau de dépense publique n'est pas un problème technique mais relève d'un choix politique et social.

La dépense publique a mauvaise presse et les commentateurs n'ont cessé de condamner l'irresponsabilité de l'Etat en matière de gestion des finances publiques. Les mots employés sont des raccourcis cognitifs très efficaces pour exprimer cette condamnation. Le débat public est ainsi saturé des termes « dette », « déficit », « trou (de la Sécu) » « fraude », « abus ». Ce n'est plus uniquement le présent qui est menacé par la gabegie publique mais aussi l'avenir quand un discours à la mode assimile la dépense publique d'aujourd'hui à la dette de demain pour les jeunes générations. La dépense publique est ainsi assimilée à un boulet que l'on doit trainer tout au long de son existence.

Baisser la dépense publique est un mot d'ordre généralisé et les candidats aux plus hautes fonctions publiques rivalisent de propositions pour couper dans ces dépenses. Cette surenchère est largement médiatisée et l'opinion publique tend à se laisser convaincre qu'il n'y a pas d'autres options possibles que celle de la réduction des budgets publics.

Si la dépense publique est autant dénigrée, c'est parce que la recette publique est critiquée. Or, ce sont les recettes qui alimentent les dépenses. Baisser la dépense publique, c'est plaider pour la diminution des recettes et des prélèvements. L'impôt est ainsi suspect et en particulier l'impôt sur le revenu. La contre révolution fiscale entamée dans les années 1980 ne s'est pas traduite uniquement par une baisse effective de l'impôt pour les plus aisés mais aussi par une vision très négative de l'impôt en France à tel point que ceux qui ne payent pas l'impôt sur le revenu sont satisfaits quand on le baisse ! La multiplication des niches fiscales, l'organisation de l'évasion fiscale, la large publicité donnée à l'optimisation fiscale, la médiatisation du « ras le bol fiscal », etc. ont délégitimé l'impôt et fait oublier que l'impôt a une contrepartie : il finance des écoles et des hôpitaux. De même, en matière de dépenses publiques sociales, c'est la cotisation sociale qui est sévèrement tancée. L'offensive de grande ampleur contre le prélèvement, sous forme de cotisation sociale, sur des salaires perçus (cotisations dites ouvrières) et sur des salaires versés (cotisations dites patronales) est dorénavant considéré comme alourdissant artificiellement le coût du travail. C'est pourquoi les cotisations sociales sont très largement considérées comme des fardeaux comme en témoigne la popularisation du terme « charge ». Comme pour l'impôt, la réduction effective du poids de la cotisation sociale dans les ressources de protection sociale (la part des cotisations sociales est passée de 77 % en 1981 à 63 % en 2011 en France) se conjugue avec la médisance dont elle fait l'objet et l'oubli de sa contrepartie : la cotisation sociale finance les pensions de retraite de base par exemple.

Le dénigrement de la dépense publique est ainsi supporté par le plaidoyer partisan de moins de recettes publiques. Il s'appuie aussi sur la critique systématique des ordonnateurs de la dépense : le personnel politique et les managers publics qui décident de la dépense sont désormais largement suspects. Cette critique de la dépense publique vise à désarmer l'argument de la contrepartie. La contrepartie de la dépense publique n'est pas celle que l'on croit. Elle ne sert pas l'intérêt général mais ne fait que satisfaire certains intérêts privés.

Il est commun de parler de la suspicion généralisée dont souffre le personnel politique, et à un degré moindre les managers publics (directeurs d'hôpitaux, d'école, etc.). La matrice argumentaire repose sur l'existence de la captation de l'intérêt général par les intérêts privés. L'Etat n'est plus défini comme une entité globale portant des politiques macroéconomiques mais par des individus qui expriment des intérêts privés dans une optique microéconomique. Si on réduit tous individus à des homoéconomicus, cherchant en toutes circonstances à tirer la couverture à eux et poursuivant leur intérêt bien compris, pourquoi épargnerait-on les décideurs politiques et les managers publics ? L'école du « Public Choice » a ainsi développé

une approche systématique visant à considérer les détenteurs de l'autorité publique comme des homo-economicus.

Dans cette perspective, le décideur politique cherche à maximiser sa popularité sous contrainte de réélection. Il instrumentalise la dépense publique dans ce sens. Les choix politiques ne sont donc pas l'émanation d'un intérêt général ou d'une idéologie mais l'issue d'un calcul intéressé et du clientélisme. Cette trame peut être affinée à loisir : selon les électeurs à privilégier (pourquoi dépenser pour ceux dont le vote est perdu ?), selon le moment de la mandature (en début de mandat, on est plus enclin à réduire les dépenses, en fin de mandat, la dépense publique est davantage valorisée). Cette construction, qui s'est largement médiatisée, vise à vider la dépense publique de son sens et par conséquent contribue largement à sa disqualification

Le manager public, quant à lui, est assimilé à un bureaucrate, dépositaire de l'autorité publique. Si la tutelle dispose d'un monopole sur la formulation des besoins (seules les autorités de tutelle sont à même de définir les missions de service public), le bureaucrate dispose d'un autre monopole: celui sur l'information. En effet, le bureaucrate est en position de force dans la négociation avec la tutelle. Il peut travestir les véritables coûts de production, surenchérir sur les moyens nécessaires, prétexter des besoins nouveaux, développer de nouvelles activités, etc. de façon à réclamer un budget sans cesse croissant qu'il utilisera à discrétion pour conforter son pouvoir. Il s'agit d'un budget discrétionnaire. Ceci se traduit par des dépenses coûteuses pour la collectivité comme l'entretien d'un personnel pléthorique ou l'acquisition d'équipements de plus en plus sophistiqués. La surproduction va de pair avec la sur-qualité et les sur-coûts. Puisque les managers publics ont des stratégies personnelles (réputation, prestige, signaux de compétence et de qualité) parfois bien éloignées des intérêts de la collectivité, il n'y a aucune raison qu'ils se conduisent comme le souhaite cette dernière. Ce décalage entre l'intérêt privé du bureaucrate et l'intérêt général conduit à des gaspillages et à des inefficacités de toutes sortes qui disqualifient la dépense publique.

Cette construction théorique et politique, si elle peut mettre parfois en évidence des biais des décisions publiques, propose de comparer systématiquement la dépense publique à un secteur et une décision privés qui sont vus, sous un angle uniquement théorique et donc idyllique. Or, l'inefficacité est aussi bien publique que privée et il existe de redoutables bureaucraties privées et des dépenses instrumentalisées à des fins purement personnelles. De plus, cette conception libérale plaque les outils de la microéconomie sur la science politique oubliant trop facilement que la microéconomie néoclassique décrit un monde fantasmé qui n'a qu'un

lointain rapport avec la réalité. Les défaillances de l'Etat sont réduites aux défaillances des individus et sont jugés au regard du standard du marché qui est considéré comme un nirvana à atteindre.

Le discrédit dont est victime la dépense publique est donc bien armé. Pourtant, en dépit des discours théoriques et profanes qui les dénigrent et des mots d'ordre des experts ou des gouvernements qui intiment « d'aller plus loin dans les réformes », les dépenses publiques « font de la résistance ». En moyenne, les pays européens ont accru leur dépense publique de 14% depuis le début de la crise de 2008 selon Eurostat. Le ratio entre dépenses publiques et PIB est de 57% en France en 2015. De même, partout, les dépenses sociales publiques par habitant sont plus élevées en 2010 qu'en 2003 comme le montre l'OCDE (2012). Si l'ampleur de l'augmentation diffère selon les pays, elle est générale, y compris dans des pays qui ne sont pas considérés comme des modèles d'intervention sociale tels que les Etats Unis ou le Royaume Uni.

Ce contraste entre la volonté proclamée de réduire la dépense publique et son évolution permet de maintenir la pression. La dépense publique reste à réduire et cet objectif demeure immuablement dans l'agenda des gouvernements européens et requiert les « efforts nécessaires ». Dans cette perspective, on va faire dire aux chiffres ce qu'ils ne disent pas spontanément. On va les armer pour le combat. Ainsi, si on regarde les 3 phrases suivantes

En France, la dépense publique représente 57% du PIB.

En France, la dépense publique représente 57% du PIB...

En France, la dépense publique représente 57% du PIB !

On voit que de la première à la dernière, l'indignation s'est développée. La ponctuation de fin de phrase (et le point d'exclamation) souligne à quel point 57% c'est trop. Mais, en quoi est-ce trop ?

Il n'y a aucun consensus scientifique pour dire que ce serait trop. Il n'y a pas non plus de niveau optimal de dépense publique. De plus, « 57 % du PIB » est comme son nom l'indique un comptage par rapport au PIB (un ratio dépense publique /PIB). Il peut donc y avoir baisse des dépenses publiques mais hausse du ratio quand le PIB se contracte. Les conventions statistiques et les façons de compter ne sont pas neutres. Elles peuvent déboucher sur des

interprétations erronées. Ainsi, 57 % de dépenses publiques ne signifie en aucune façon qu'il n'y aurait que 43 % de dépenses privées car ni les dépenses publiques, ni les dépenses privées ne sont des composantes du PIB. Il n'y a pas de découpage du PIB entre PIB public et PIB privé et les dépenses publiques sont en grande partie (60 %) des transferts en nature (éducation, police, justice, administration, séance de médecin, etc.) ou en espèces (prestations sociales, subventions diverses, etc.) vers les ménages et les entreprises¹. La dépense publique est de la consommation privée. Elle est donc aussi de la production privée.

Au total, s'il y a consensus médiatique pour dire que 57 % c'est trop, il n'y a aucun consensus scientifique.

La question du montant idéal des dépenses publiques est en fait celle de son utilité. On peut recenser 3 formes d'argumentation de l'utilité de la dépense publique et par la même de justification de son niveau élevé.

La première est celle de l'orthodoxie économique et de l'orthodoxie budgétaire. Une dépense publique est utile si elle se présente comme une dépense privée. Elle est soumise aux règles de « bonne » gestion du secteur privé : logique de performance et de résultat chiffré, techniques de contractualisation, équilibre budgétaire, dette maîtrisée voire gestion en « bon père de famille », etc. Le maintien à un haut niveau de la dépense publique est alors à rechercher dans la transformation de la nature des services publics. La construction de l'hôpital sur le modèle de l'entreprise, le déploiement du nouveau management public dans le secteur de l'éducation, les situations de pôle emploi, de la justice ou de la police en sont des témoignages

Une deuxième série d'argumentation va insister sur la fonction macroéconomique de la dépense publique qui est un revenu pour ceux qui la reçoivent. Diminuer la dépense publique conduit à amputer les revenus et à anémier l'activité économique. En France, par exemple 37 % du revenu disponible brut des ménages est socialisé. Les dépenses publiques ont un rôle de stabilisateur automatique : quand les revenus d'activité diminuent du fait de la crise et du chômage, le maintien des dépenses publiques et des dépenses sociales particulièrement soutient la demande et limite la crise. Réduire les dépenses publiques peut alors mécaniquement anémier une activité déjà ralentie et creuser un déficit public, faute de recettes fiscales et sociales tirées de l'activité économique.

Un troisième registre d'argumentaire fait du choix du niveau des dépenses publiques un choix de société. Si les dépenses publiques sont devenues un moyen de soutenabilité financière des

¹ Voir le chapitre 1 et Ramaux (2012) pour un développement.

économies, elles restent un outil primordial de soutenabilité sociale. Elles sont sources de bienfaits pour la population et portent l'aspiration des peuples à vivre mieux. Elles permettent de réduire les inégalités et d'assurer la cohésion sociale. Elles n'ont pas qu'une utilité économique mais produisent du lien social. Sur ce registre de l'utilité sociale, la dépense publique a un avantage comparatif sur la dépense privée. Elle est moins inégalitaire et souvent moins coûteuse. C'est le cas dans le domaine de la santé où la sécurité sociale est plus égalitaire et plus économe que les assurances privées dans la prise en charge du soin. C'est le cas dans le domaine de l'éducation où le secteur privé est clairement très inégalitaire pour des coûts plus élevés.

Ce rapport de recherche argumente cette dimension « utilité sociale » de la dépense publique sans ignorer les 2 autres registres d'argumentation. Il est organisé en 3 parties.

La première partie cherche à déconstruire la critique de la dépense publique quand elle s'appuie sur une coordination de mots et de chiffres. On met en avant le rôle des conventions statistiques et langagières dans la modification du niveau, de la structure et des objectifs de la dépense publique. En s'appuyant sur une recension minutieuse de données statistiques, on dresse un panorama de l'évolution de la dépense publique pour déboucher sur l'examen du cadrage cognitif et de la contextualisation historique du dénigrement de la dépense publique. En s'appuyant sur le cas emblématique des débats autour des dépenses de sécurité sociale de 1947, on montre que les arguments d'aujourd'hui, pour ou contre la dépense publique, sont les mêmes que ceux d'hier. Ce qui a changé est le poids politique de ceux qui soutiennent les différents arguments.

Dans la deuxième partie, on met en avant que la dépense publique produit. Elle a une contrepartie en termes de soutien à l'activité. Mais elle a aussi une valeur en soi qui dépasse le cadre macroéconomique. On montre la nocivité de la baisse de la dépense au regard du bien être individuel et collectif. Pour ce faire, on s'appuie sur une littérature très récente cherchant à comparer l'effet d'une réduction des dépenses publiques sur les inégalités ; sur le bien-être et notamment sur l'état de santé. Cette littérature est doublement originale. Elle procède par comparaison de politiques économiques opposées sous forme d'effet comparatif : on étudie le cas d'une réduction des dépenses publiques dans un pays européen *versus* une non réduction des dépenses publiques dans un autre pays. Son originalité réside aussi sur les critères mobilisés pour juger de la valeur d'une politique économique. Les indicateurs traditionnels du type PIB ne mesurent que la valeur monétaire des flux et ignorent les exigences sociales (et environnementales). D'autres critères apparaissent plus pertinents pour

juger de la soutenabilité sociale d'une politique économique. C'est le cas du niveau de santé qui, aux yeux des populations, est un critère primordial de bien-être. On montre ainsi au travers de l'analyse que la dépense publique produit de la santé et du bien-être.

Dans la troisième partie, on s'appuie sur l'analyse de deux exemples de transfert de la dépense publique vers la dépense privée pour étudier les effets pervers d'une diminution des dépenses publiques : la dépense de santé et la dépense d'éducation, en privilégiant l'enseignement supérieur. On cherche à étayer l'idée que le recul des budgets publics peut conduire à davantage d'inégalités pour une efficacité douteuse. On montre d'abord comment dans ces deux secteurs imposants au niveau quantitatif (poids dans le PIB, importance des dépenses publiques) et qualitatif (effet majeur sur le bien-être), un processus de privatisations s'est largement déployé organisant le transfert du public au privé aussi bien dans le financement que dans la délivrance des biens et services. En matière de santé, on montre que la dépense privée est plus inégalitaire et plus inefficace que la dépense publique qu'elle remplace. Dans le registre de l'éducation, cette même problématique est illustrée à partir du cas de la mise en place de frais d'inscription élevés à l'université avec une libéralisation progressive des tarifs et le développement des mécanismes d'endettement sur le modèle anglo-saxon.

Membres de l'équipe

NOM / PRENOM	UNITE DE RATTACHEMENT	QUALITE
ABECASSIS Denis	EconomiX	Maître de Conférences
BATIFOULIER Philippe	CEPN	Professeur
DA SILVA Nicolas	CEPN	Maître de Conférences
DUCHESNE Victor	CEPN	Doctorant en contrat doctoral
MOULIN Léonard	CEPN et INED	Chargé de recherche

Partie 1. La critique de la dépense publique : les mots et les chiffres

Le dénigrement de la dépense publique doit beaucoup au changement de représentation dont elle a fait l'objet. Ainsi, la dépense publique est fréquemment associée aujourd'hui aux notions de dette et de déficit alors que la dépense publique faisait l'objet d'une large acceptation dans le passé. Plus encore, ces mêmes notions qui étaient chargées d'affects positifs sont maintenant jugées négativement. Le déficit budgétaire était une arme volontariste très efficace pour combattre le chômage dans les « 30 glorieuses ». Il est sévèrement critiqué aujourd'hui. La dette d'un Etat n'a jamais posé de problème en soi. Elle est fermement condamnée comme le serait un père de famille irresponsable qui laisse payer ses dettes aux générations futures.

Cette condamnation s'appuie sur des mots qui prennent la forme de discours politiques et médiatiques mais aussi d'approches théoriques qui ont obtenu une position dominante dans le débat public. Le dénigrement de la dépense publique est ainsi formaté par un appareillage lexical où des mots comme « dette », « déficit », « obésité de la dépense », « trou de la sécurité sociale », etc. sont l'expression d'un ensemble d'idées à la mode. Si les maux dont souffrirait la dépense publique ont besoin de mots, ils ont aussi besoin de chiffres. Le chiffre, par son apparente neutralité, permet à la fois d'armer la condamnation mais a aussi vocation de désarmer les défenseurs de dépense publique.

Le discrédit dont souffre la dépense publique est en effet fortement lié à son augmentation dont les chiffres rendent compte. C'est souvent l'analyse comparative (la France comparée à d'autres pays) qui est mise en avant pour juger la dépense publique française insoutenable. Le chiffre a alors l'autorité nécessaire pour disqualifier toute tentative de plaider pour la dépense publique.

Le chiffre, pas contestable parce qu'il est précisément un chiffre, va synthétiser une idée qui ambitionne à la fois au statut de vérité scientifique et à exprimer une opinion majoritaire. Il a le pouvoir de révéler un monde et d'appeler à la réforme. Le chiffre a ainsi un usage politique. Le débat public est alors animé par des affirmations chiffrées ou codifiées par la statistique qui portent une opinion. Ainsi en est-il de « la dette représente 100% du PIB », « les dépenses publiques sont très élevées en France » ou encore « la France a les dépenses sociales les plus élevées en Europe ».

Si les chiffres ne sont généralement pas contestables, ce que l'on entend leur faire mesurer peut l'être. L'affirmation chiffrée repose sur des conventions statistiques sur ce que l'on mesure exactement et comment on le calcule. L'objectivité du chiffre reste subordonnée à des conventions de mesure. Si l'opinion est pénétrée de l'idée que la dépense publique en France ne cesse d'augmenter, les chiffres peuvent valider cette affirmation ou l'infirmier selon la base de calcul. En prenant la même base de données (celle de l'OCDE) on pourra dire que la dépense publique française a augmenté si on raisonne de 1995 à 2013. On pourra aussi dire tout aussi légitimement qu'elle a baissé entre 1995 et 2007. En rendant compte de l'évolution de la dépense publique et en s'appuyant sur des éléments statistiques, le chapitre 1 donne des éléments de cadrage sur la réalité (ou les réalités) de la hausse de la dépense publique.

Les données statistiques sur la dépense publique ne sont pas données. Elles relèvent de conventions statistiques qui vont accompagner et légitimer le discours sur la nécessaire réduction de cette dépense publique. Les chiffres débouchent sur des discours qui structurent l'apparente naturalité du discrédit dont la dépense publique fait l'objet. Dans le chapitre 2, on met en avant ces investissements de forme qui vont donner autorité au discours péjoratif en considérant qu'ils relèvent de conventions langagières et statistiques.

Dans le chapitre 3, on montre que la modernité de la critique de la dépense publique est un leurre. La critique est très ancienne et la dépense publique a toujours été dénigrée et les termes du débat d'hier différent peu de ceux d'aujourd'hui. Pour le montrer, on s'appuie sur l'examen minutieux du traitement du déficit de la sécurité sociale. Si le « trou de la sécu » est aujourd'hui l'un des arguments les plus médiatiques et fréquemment avancé pour condamner l'inflation des dépenses publiques, il n'est pas neuf. Après la seconde guerre mondiale, l'heure est à l'expansion de la dépense publique considérée comme bénéfique pour les populations. Les premiers déficits de la sécurité sociale arrivent à la fin de la décennie 1940 si bien qu'en 1947 la presse s'enflamme contre la toute nouvelle institution et qu'en juillet 1949 un débat parlementaire est organisé sur le principe même de la Sécurité sociale : faut-il la dissoudre ? Deux arguments majeurs sont mobilisés pour convaincre de l'inanité de l'institution : d'une part, elle encouragerait de trop nombreux abus des bénéficiaires et des professionnels et, d'autre part, elle serait un surcoût du travail grevant les prix et nuisant aux exportations (argument typique des politiques de désinflation compétitive). Malgré ces griefs, l'Assemblée Nationale décide de ne pas réformer la Sécurité sociale et d'accroître autant que nécessaire les cotisations sociales. Contrairement à la prédiction d'effondrement de l'économie française, la croissance des dépenses publiques (notamment de sécurité sociale) a

joué un rôle majeur dans ce qui deviendra les « Trente glorieuses ». L'histoire nous montre l'existence d'autres mondes possibles.

Chapitre 1. Quelle hausse de la dépense publique ?

Dans ce premier chapitre, on cherche à donner des éléments statistiques sur l'évolution de la dépense publique. Il semble acquis qu'elle est en perpétuelle augmentation. Son niveau élevé et sa croissance inexorable ont envahi le débat public. Il convient alors de se faire une idée plus précise sur la mesure de la dépense publique en France, par rapport aux autres pays dans une période allant 1995 à 2015.

Ce chapitre ne cherche pas seulement à rendre compte de la mesure de l'évolution de la dépense publique. Il s'interroge aussi sur la façon dont on mesure cette évolution, généralement en point de PIB. Or, on ne sait toujours pas ce que l'on mesure et les chiffres peuvent être canalisés vers ce que l'on veut montrer. Ainsi, à titre d'exemple, si la dépense publique passe de 100 à 95, on dira qu'elle a diminué. Mais si dans le même temps, le PIB se réduit de 100 à 90, elle a augmenté (selon l'évolution du ratio dépense publique sur PIB).

Afin de faciliter la comparaison nous avons procédé à une sélection de pays au sein des pays membres de l'OCDE. Ce choix est motivé par l'implantation géographique de ce travail, la grande disponibilité des données et leur normalisation². Cette dernière nous permet de définir ce que nous appelons « la dépense publique », comme la dépense publique totale de l'ensemble des administrations publiques (APU) qui comprennent au sens de la comptabilité nationale³ : l'Administration Centrale (l'État), les Administrations d'États Fédérés et les Administrations publiques Locales (APUL) et les Administrations de Sécurité Sociale (ASSO).

Les pays sélectionnés sont la France (objet principal de l'étude), l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni (pays qualifiées de « modèles » en matière de performance économique et d'administration), les pays scandinaves (« modèles » en matière de protection sociale et d'administration), l'Italie, la Belgique et éventuellement l'Espagne (jugés similaires à la France), la Grèce (cas extrême négatif de l'Europe). Dans une perspective comparative, le choix de la période 1995 à 2014 est dû à la disponibilité des comptes pour l'ensemble des pays sélectionnés. Les données étant aussi disponibles pour tous les pays sélectionnés en 2015 sauf le Japon et les États-Unis. Nous ajoutons cette année car elle permet de montrer les dernières

2 Les données de l'OCDE répondent aux normes européennes du Système Européen des Comptes 2010 (SEC ou SEC 2010).

3 Commission européenne (2013) p. 475.

évolutions de la dépense publique dans ces pays choisis, à défaut de permettre une comparaison complète⁴.

A partir de cet échantillon nous allons dans un premier temps montrer que le ratio dépense publique sur Produit Intérieur Brut (PIB), couramment utilisé pour comparer les niveaux de dépense publique et ce souvent au détriment de la France, peut être fortement relativisé au regard de la manière dont il est construit (1). Dans un deuxième temps nous nous intéresserons à la place dans la dépense publique des principaux domaines étudiés dans ce rapport : la santé, la protection sociale et l'éducation (2). Puis dans un troisième temps nous tâcherons de montrer que la comparaison des niveaux de dépense publique entre des pays suppose de comparer aussi leur périmètre d'action respectif par rapport au privé (3).

1. La hausse de la dépense publique en fonction d'un agrégat habituel : le PIB

Le ratio dépense publique sur PIB est régulièrement utilisé pour évoquer le poids de la dépense publique dans l'économie notamment dans une perspective comparative. Cela s'explique par le fait que le PIB représente une grandeur familière pour désigner l'ensemble des richesses produites pendant une année par un pays. Son utilisation la plus courante, est celle de son taux de croissance qui sert de base à la mesure du dynamisme d'une économie et pour la prise de nombreuses décisions de politique économique.

Ce ratio présente les avantages de permettre la comparaison entre les PIB. On ne compare plus des sommes exprimées dans différentes monnaies nationales mais des pourcentages d'ensembles équivalents. Cela permet de relativiser la dépense publique au regard des richesses nationales respectives, de nous donner des pourcentages que l'on peut comparer. Il n'aurait pas de sens de comparer le niveau de dépense publique exprimée en monnaie nationale des Etats-Unis et de la Pologne compte-tenu de leurs différences économiques, sociales et géographiques. Pour autant, il faut bien préciser qu'il ne s'agit que d'une unité de mesure. La dépense publique ou une autre grandeur économique, n'est qu'ici simplement exprimée en fonction du PIB. Elle n'en n'est en aucun cas un pourcentage du PIB (Economistes atterrés, 2015). Ainsi, lorsque l'on dit qu'en France la dépense publique représente 57% du PIB en 2014, cela ne veut pas dire qu'il en reste 43% pour la dépense

⁴ Aucune donnée n'est disponible pour 2016 dans la base de l'OCDE. Ce qui, compte tenu des délais de production de statistique publique, est habituel.

privée. Mais plus simplement que si on compare la dépense publique au PIB alors dans ce cas elle représente l'équivalent de 57% du PIB. A titre de comparaison, la dépense privée représente 265% du PIB⁵. Exprimée en dépense publique ou privée en fonction du PIB ne signifie pas pour autant que c'est une part du PIB.

Les ratios dépense publique sur PIB des pays de notre échantillon peuvent être comparés de manière brute (1.1) afin de décrire de potentielles similitudes et mouvements généraux. Puis être relativisés au regard de l'évolution des niveaux en termes réels du PIB et de la dépense publique (1.2) ainsi qu'en fonction de l'inflation (1.3).

1.1 Analyse comparative générale

Pour comprendre comment les pays sélectionnés sont arrivés aux niveaux dépense publique auxquels ils sont en 2015, qu'ils soient faibles ou forts, il est nécessaire de regarder dans le détail l'évolution de la dépense publique en prenant en compte plusieurs sous-périodes. A partir de l'observation des séries longues de la dépense publique exprimée en % du PIB dans les pays sélectionnés, nous en déterminons six.

La première période est celle de 1995 à 2000. Elle permet de montrer l'impact des réformes de la dépense publique menées depuis le début des années 1990 sous l'influence du New Public Management (NPM) et la forte croissance économique de la fin des années 1990. La deuxième est celle qui correspond à la crise de la « bulle internet », de 2000 à 2002. La troisième correspond-elle à l'intervalle 2002-2007, où les effets des politiques du NPM sont moins visibles et où la croissance économique repart après la crise liée à l'explosion de la « bulle internet » en 2000 et ce jusqu'à la crise économique dite des « subprimes » en 2007. La quatrième va de 2007 à 2013. Elle met en évidence l'impact de la crise des subprimes sur la dépense publique et la croissance économique. La cinquième et la sixième vont respectivement de 2013 à 2014 et de 2014 à 2015. Elles permettent de prendre en compte le rebond de la croissance dans les pays sélectionnés et l'impact des politiques de maîtrise de la dépense publique initiées pendant la crise. Cela nous donne une image plus précise des dernières évolutions de la dépense publique.

⁵ Les polémiques sur le niveau de la dépense publique exprimée en % du PIB ont suscité plusieurs décryptages de la part des médias comme <http://rue89.nouvelobs.com/blog/chez-les-economistes-atterres/2014/05/07/calculée-comme-la-dépense-publique-la-dépense-privée-dépasserait-200-du-pib-232861>

A partir de ces 6 périodes nous dressons le tableau 1.1 qui indique le niveau de dépense publique en % du PIB aux années charnières 1995, 2000, 2007, 2013, 2014 et 2015. Le tableau donne aussi les variations du ratio dépense publique sur PIB pour chaque année et celles par rapport à notre année de référence : 1995. Les variations sont exprimées en points de PIB.

En suivant la convention dominante actuelle, selon laquelle une réduction de la dépense publique est un élément positif et une augmentation un élément négatif pour l'économie, nous indiquons en rouge les hausses et en vert les baisses de la dépense publique exprimée en point de PIB. Nous conserverons cette convention dans la suite du présent texte.

Tableau 1.1 : niveau de la dépense publique en % du PIB et variations en points de PIB⁶

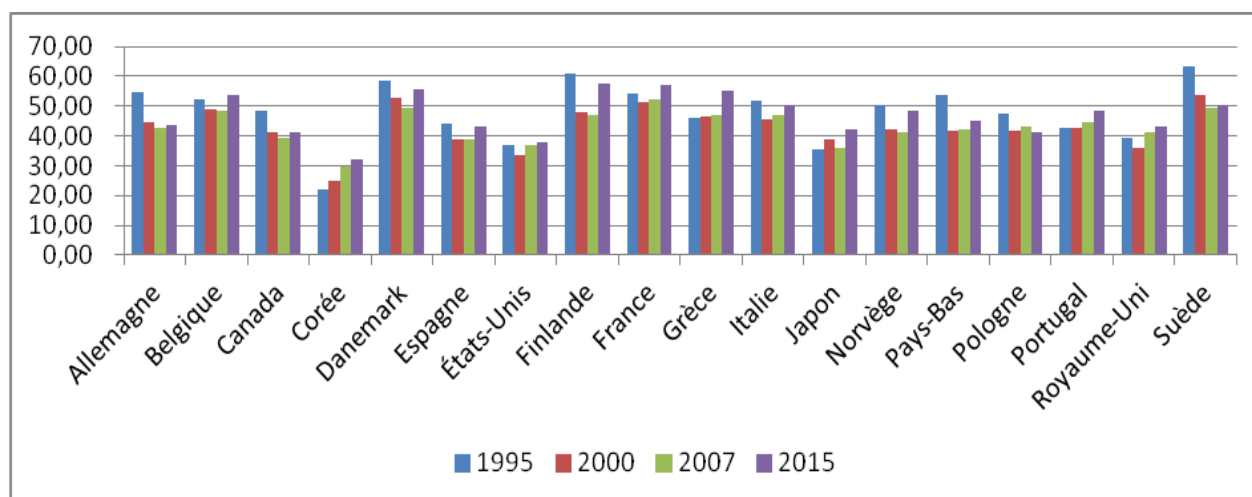
Pays	Dépenses publiques totales en % du PIB							Variation de										
	1995	2000	2002	2007	2013	2014	2015	1995 à 2000	2000 à 2002	1995 à 2002	2002 à 2007	1995 à 2007	2007 à 2013	1995 à 2013	2013 à 2014	1995 à 2014	2014 à 2015	1995 à 2015
Allemagne	54,66	44,75	47,26	42,82	44,45	44,16	43,81	-9,91	2,52	-7,40	-4,45	-11,84	1,63	-10,21	-0,29	-10,50	-0,35	-10,85
Belgique	52,39	49,05	49,51	48,24	55,59	55,08	53,98	-3,33	0,45	-2,88	-1,27	-4,15	7,35	3,20	-0,51	2,70	-1,11	1,59
Canada	48,54	41,37	41,33	39,45	41,12	39,72	41,16	-7,16	-0,04	-7,21	-1,88	-9,09	1,68	-7,41	-1,40	-8,81	1,44	-7,37
Corée du sud	21,97	24,71	26,07	29,67	31,76	31,98	32,38	2,74	1,36	4,10	3,60	7,70	2,09	9,79	0,22	10,01	0,40	10,41
Danemark	58,53	52,69	53,21	49,58	56,54	55,97	55,67	-5,84	0,53	-5,31	-3,63	-8,95	6,96	-1,99	-0,57	-2,56	-0,30	-2,85
Espagne	44,33	39,09	38,62	38,92	45,13	44,47	43,32	-5,24	-0,47	-5,71	0,30	-5,41	6,21	0,80	-0,66	0,14	-1,15	-1,01
États-Unis	37,18	33,72	36,06	36,95	38,76	38,07	-	-3,46	2,34	-1,12	0,88	-0,23	1,81	1,58	-0,68	0,89	-	-
Finlande	61,05	48,01	48,52	46,80	57,50	58,06	57,72	-13,04	0,51	-12,53	-1,73	-14,26	10,71	-3,55	0,56	-2,99	-0,34	-3,33
France	54,18	51,13	52,30	52,23	56,98	57,32	57,01	-3,06	1,17	-1,89	-0,07	-1,96	4,75	2,80	0,34	3,14	-0,31	2,82
Grèce	46,00	46,43	45,80	47,07	62,13	50,65	55,34	0,43	-0,63	-0,20	1,27	1,07	15,06	16,13	-11,47	4,65	4,69	9,34
Italie	51,80	45,50	46,79	46,79	51,04	51,22	50,50	-6,31	1,29	-5,02	0,00	-5,01	4,25	-0,76	0,17	-0,59	-0,71	-1,30
Japon	35,70	38,79	38,27	35,78	42,48	42,02	-	3,09	-0,52	2,57	-2,49	0,08	6,70	6,78	-0,45	6,32	-	-
Norvège	50,27	42,03	46,71	41,44	44,03	45,63	48,55	-8,23	4,67	-3,56	-5,26	-8,82	2,59	-6,24	1,60	-4,64	2,92	-1,72
Pays-Bas	53,70	41,77	43,88	42,45	46,27	46,18	45,14	-11,94	2,12	-9,82	-1,43	-11,25	3,82	-7,43	-0,09	-7,52	-1,05	-8,57
Pologne	47,71	41,97	45,29	43,14	42,39	42,18	41,48	-5,74	3,32	-2,42	-2,15	-4,57	-0,75	-5,32	-0,21	-5,53	-0,70	-6,23
Portugal	42,62	42,64	43,72	44,49	49,94	51,70	48,26	0,02	1,07	1,09	0,77	1,86	5,45	7,32	1,76	9,08	-3,44	5,64
Royaume-Uni	39,14	35,92	38,23	41,48	44,89	43,75	43,04	-3,22	2,32	-0,91	3,25	2,34	3,41	5,75	-1,13	4,62	-0,72	3,90
Suède	63,51	53,59	54,24	49,65	52,35	51,74	50,44	-9,92	0,65	-9,27	-4,59	-13,86	2,70	-11,16	-0,62	-11,77	-1,30	-13,07

⁶ Données OCDE et calculs des auteurs

En 2014 et en fonction de leur niveau de dépense publique, la comparaison à partir du tableau 1.1 des différents niveaux de dépense publique nous permet de distinguer deux groupes de pays. Le premier regroupe des pays dont la dépense publique est comprise entre 38 % et 46 % du PIB. On y retrouve le Canada, l'Allemagne, le Japon, la Norvège, l'Espagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Pologne et les États-Unis. Le second groupe est constitué des pays dont la dépense publique se situe entre 49 % et 58 % du PIB, avec des pays comme la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, l'Italie, le Portugal et la Suède. La Corée du sud est un cas particulier car elle a la dépense publique la plus faible de l'ensemble des pays sélectionnés avec l'équivalent de 31,98% de son PIB. Cette répartition reste la même si l'on regarde les niveaux de dépense publique en 2015.

La simple mise en perspective graphique des niveaux de dépense publique aux années charnières (graphique 1.1) permet de mettre en évidence que la réduction de dépense publique a eu lieu entre 1995 et 2000, pour ensuite stagner entre 2000 et 2007 (ou très légèrement évoluer à la hausse ou à la baisse), pour enfin fortement remonter jusqu'en 2015. La Corée du sud reste encore une exception avec une hausse continue de 1995 à 2015. Ce constat est aussi valable pour le Portugal mais à un degré de rattrapage moindre. On peut aussi remarquer que tous les pays retrouvent en 2015 quasiment leur niveau de 1995 à l'exception de la Suède et de l'Allemagne principalement.

Graphique 1.1 : évolution de la dépense publique en % du PIB⁷



⁷ Données OCDE

L'analyse des variations détaillées en points de PIB du tableau 1.1 est réorganisée dans le tableau 1.2 par ordre décroissant afin d'obtenir un classement de la plus forte variation à la baisse à la plus forte variation à la hausse pour chaque période. Cette analyse vient confirmer ces mouvements d'évolution. Pour autant on constate qu'ils ne sont pas linéaires.

Tableau 1.2 : variations de la dépense publique totale en points de PIB

Variation entre 1995 et 2000	Variation entre 2000 et 2002	Variation entre 1995 et 2002	Variation entre 2002 et 2007	Variation entre 1995 et 2007	Variation entre 2007 et 2013	Variation entre 1995 et 2013	Variation entre 2013 et 2014	Variation entre 1995 et 2014	Variation entre 2014 et 2015	Variation entre 1995 et 2015
Fin. -13,04	Grè. -0,63	Fin. -12,53	Nor. -5,26	Fin. -14,26	Pol. -0,75	Suè. -11,16	Grè. -11,47	Suè. -11,77	Por. -3,44	Suè. -13,07
P.B. -11,94	Jap. -0,52	P.B. -9,82	Suè. -4,59	Suè. -13,86	All. 1,63	All. -10,21	Can. -1,40	All. -10,50	Suè. -1,30	All. -10,85
Suè. -9,92	Esp. -0,47	Suè. -9,27	All. -4,45	All. -11,84	Can. 1,68	P.B. -7,43	R.U. -1,13	Can. -8,81	Esp. -1,15	P.B. -8,57
All. -9,91	Can. -0,04	All. -7,40	Dan. -3,63	P.B. -11,25	E.U. 1,81	Can. -7,41	E.U. -0,68	P.B. -7,52	Bel. -1,11	Can. -7,37
Nor. -8,23	Bel. 0,45	Can. -7,21	Jap. -2,49	Can. -9,09	Cor. 2,09	Nor. -6,24	Esp. -0,66	Pol. -5,53	P.B. -1,05	Pol. -6,23
Can. -7,16	Fin. 0,51	Esp. -5,71	Pol. -2,15	Dan. -8,95	Nor. 2,59	Pol. -5,32	Suè. -0,62	Nor. -4,64	R.U. -0,72	Fin. -3,33
Ita. -6,31	Dan. 0,53	Dan. -5,31	Can. -1,88	Nor. -8,82	Suè. 2,70	Fin. -3,55	Dan. -0,57	Fin. -2,99	Ita. -0,71	Dan. -2,85
Dan. -5,84	Suè. 0,65	Ita. -5,02	Fin. -1,73	Esp. -5,41	R.U. 3,41	Dan. -1,99	Bel. -0,51	Dan. -2,56	Pol. -0,70	Nor. -1,72
Pol. -5,74	Por. 1,07	Nor. -3,56	P.B. -1,43	Ita. -5,01	P.B. 3,82	Ita. -0,76	Jap. -0,45	Ita. -0,59	All. -0,35	Ita. -1,30
Esp. -5,24	Fra. 1,17	Bel. -2,88	Bel. -1,27	Pol. -4,57	Ita. 4,25	Esp. 0,80	All. -0,29	Esp. 0,14	Fin. -0,34	Esp. -1,01
E.U. -3,46	Ita. 1,29	Pol. -2,42	Fra. -0,07	Bel. -4,15	Fra. 4,75	E.U. 1,58	Pol. -0,21	E.U. 0,89	Fra. -0,31	Bel. 1,59
Bel. -3,33	Cor. 1,36	Fra. -1,89	Ita. 0,00	Fra. -1,96	Por. 5,45	Fra. 2,80	P.B. -0,09	Bel. 2,70	Dan. -0,30	Fra. 2,82
R.U. -3,22	P.B. 2,12	E.U. -1,12	Esp. 0,30	E.U. -0,23	Esp. 6,21	Bel. 3,20	Ita. 0,17	Fra. 3,14	Cor. 0,40	R.U. 3,90
Fra. -3,06	R.U. 2,32	R.U. -0,91	Por. 0,77	Jap. 0,08	Jap. 6,70	R.U. 5,75	Cor. 0,22	R.U. 4,62	Can. 1,44	Por. 5,64
Por. 0,02	E.U. 2,34	Grè. -0,20	E.U. 0,88	Grè. 1,07	Dan. 6,96	Jap. 6,78	Fra. 0,34	Grè. 4,65	Nor. 2,92	Grè. 9,34
Grè. 0,43	All. 2,52	Por. 1,09	Grè. 1,27	Por. 1,86	Bel. 7,35	Por. 7,32	Fin. 0,56	Jap. 6,32	Grè. 4,69	Cor. 10,41
Cor. 2,74	Pol. 3,32	Jap. 2,57	R.U. 3,25	R.U. 2,34	Fin. 10,71	Cor. 9,79	Nor. 1,60	Por. 9,08	E.U. -	E.U. -
Jap. 3,09	Nor. 4,67	Cor. 4,10	Cor. 3,60	Cor. 7,70	Grè. 15,06	Grè. 16,13	Por. 1,76	Cor. 10,01	Jap. -	Jap. -

En effet, la première période de 1995 à 2000 est une période de forte réduction de la dépense publique. L'ensemble des pays de notre échantillon connaît une réduction comprise entre 13,04 (Finlande) et 3,06 (France) points de PIB. On observe quatre exceptions à ce mouvement général : le Portugal avec une stagnation à 0,02 point, la Grèce une légère hausse à 0,43, la Corée du sud et le Japon avec des augmentations respectives de 2,74 et 3,09 points. Pour les trois premiers, on peut faire l'hypothèse de l'accompagnement d'un rattrapage économique, pour le Japon celle des difficultés économiques de la fin des années 1990.

La première crise de 2000 à 2002 vient légèrement casser cette dynamique puisque l'ensemble des pays connaissent à cette période une augmentation de leurs niveaux de dépense publique, à l'exception de la Grèce, du Japon, de l'Espagne qui augmentent et du Canada qui lui stagne quasiment (-0,04). On remarquera que les deux premiers ne réduisaient pas leur dépense publique respective au cours de la période précédente. Précisons que l'on

reste avec cette crise de la « bulle internet » dans des augmentations faibles des dépenses publiques nationales, comprises entre 0,45 (Belgique) et 4,67 (Norvège) points, avec une majorité de pays (11) dont les hausses sont comprises entre 0,5 et 2,5 points.

On observe ensuite au cours de la période 2002-2007 que la baisse de la dépense publique reprend dans la majorité des pays mais de manière moins importante. Plusieurs pays connaissent une hausse alors qu'ils connaissaient une baisse à la période précédente. C'est notamment le cas du Royaume-Uni (+3,25), des Etats-Unis (+0,88) et de l'Espagne (+0,30). L'Italie stagne et la France connaît une très faible baisse (-0,07).

Au final, au cours de la période 1995 à 2007 qui précède la crise des subprimes, on observe très nettement que tous les pays de l'OCDE sélectionnés voient leurs dépenses baisser entre 1995 et 2007, en dehors de la Corée du sud avec une augmentation de 7,7 points, et dans une moindre mesure le Royaume-Uni et la Grèce avec respectivement des augmentations de 1,02 et 1,07. Pour la Corée du sud, il peut s'agir des conséquences de l'accompagnement de son fort développement économique depuis la fin des années 1980. On peut supposer un effet de rattrapage, la Corée du sud étant sur toute la période, le pays avec le plus faible taux de dépense publique. Pour la Grèce et le Royaume-Uni, les faibles augmentations s'expliquent notamment par les politiques gouvernementales de la période. Pendant cette période, les pays qui réduisent le plus leur dépenses sont dans l'ordre croissant : la Finlande (-14,25), la Suède (-13,86), l'Allemagne (-11,84), le Canada (-9,10), le Danemark (-8,95) et la Norvège (-8,82). Relativement aux autres pays, la France réduit sa dépense de « seulement » 1,96 point. Notons bien que pour tous les pays, l'effort de réduction de la dépense publique a bien eu lieu entre 1995 et 2000 plutôt qu'entre 2002 et 2007.

Par exemple, pour la Finlande, sur une réduction de 14,26 points de sa dépense publique entre 1995 et 2007, 13,04 proviennent de la période 1995-2000. Ce mouvement est valable pour l'ensemble des pays hormis la Norvège qui réalise dans la sous-période (2002-2007) 5,26 points de sa réduction de 8,82 sur la période 1995-2007. Remarquons aussi que l'Allemagne et la Suède maintiennent leur tendance à la réduction de la dépense publique sur toute la période puisque sur la sous-période 2002-2007, ces pays réalisent chacun une réduction de 4,5 points environ.

Entre 2007 et 2013 suite à la crise des « subprimes » et malgré les politiques d'austérité budgétaire, tous les pays voient leur dépense publique augmenter, hormis la Pologne avec une baisse de 0,75 point. On voit apparaître l'effet contra-cyclique de la dépense publique. Remarquons que deux pays progressent de manière importante, la Finlande (+10,71) et la

Grèce (+15,06). Pour le premier on peut sûrement évoquer l'effet contra-cyclique stabilisateur particulièrement fort de la protection sociale finlandaise. Pour le second, il s'agit évidemment de l'impact économique de l'effondrement du système bancaire que connaît le pays depuis 2007 et de son effet catastrophique sur le PIB.

Au final entre 1995 et 2013 et malgré la crise économique, l'ensemble des pays scandinaves, l'Allemagne, le Canada et dans une moindre mesure l'Italie réussissent à réduire leur dépense publique. Alors qu'un second groupe de pays qui voient leur dépense publique augmenter légèrement avec un maximum de 3,20 points pour la Belgique. Les pays de ce deuxième groupe constitué de la France, la Belgique, l'Espagne, et des États-Unis, ont donc totalement perdu leur effort de réduction de dépense qu'ils avaient pu réaliser au cours de la période 1995-2015. Enfin, on retrouve le Japon, le Portugal et la Corée du sud qui voient leur dépense publique augmenter sur la période 1995-2013 plus nettement avec respectivement une croissance de 5,75, 6,78, 7,32 et 9,79 points. La Grèce demeure le cas extrême de notre sélection avec une augmentation de 16,13 points sur la période. Ces quatre pays étaient ceux qui au cours de la période 1995-2000 n'avaient pas réduit leurs niveaux respectifs de dépense publique. Le Royaume-Uni est un cas intermédiaire à ces deux derniers groupes car il a fait un effort semblable aux pays du deuxième groupe, avec une baisse aux alentours de 3 points. Mais il se retrouve avec une variation plus proche du Japon, à 5,75 contre 6,78 pour ce dernier.

Afin de prendre en compte les effets des politiques d'austérité lancées pendant la crise on doit inclure l'année 2014 dans la période. Les conclusions sont les mêmes que sur la période 1995-2013. Les pays poursuivent entre 2013-2014 la réduction de la dépense publique, sauf pour la Finlande, la France, Italie, Corée du sud et la Norvège. Par conséquent la hiérarchie reste la même, les pays réduisant ou augmentant simplement d'autant leur niveau respectif de dépense publique sur la période totale 1995-2014.

En revanche l'ajout de 2015 vient légèrement modifier les conclusions d'évolution puisque la France réduit légèrement sa hausse de dépense publique. Les pays qui affichaient déjà des baisses les accentuent. L'Espagne rejoint les pays qui ont au final sur la période 1995-2015 réduit leur ratio dépense publique sur PIB. L'effet de l'austérité budgétaire en 2013, 2014 et poursuivie en 2015 porte ses fruits. L'impact de l'ajout de 2015 est particulièrement visible lorsque l'on compare (Tableau 1.3) les classements des pays selon leur niveau de dépense publique en % du PIB entre les périodes 1995-2014 et 1995-2015.

Tableau 1.3 : classement des pays en fonction de leur niveau de dépense publique exprimée en % du PIB⁸

Pays	Dépenses publiques totales en % du PIB ⁹														Variation du rang de Dépense Publique Totale entre entre		
	1995		2000		2002		2007		2013		2014		2015		1995 à 2007	1995 à 2014	1995 à 2015
Allemagne	54,66	4	44,75	8	47,26	6	42,82	10	44,45	12	44,16	12	43,81	11	-6	-8	-7
Canada	48,54	10	41,37	13	41,33	13	39,45	14	41,12	16	39,72	16	41,16	16	-4	-6	-6
Suède	63,51	1	53,59	1	54,24	1	49,65	2	52,35	6	51,74	5	50,44	7	-1	-4	-6
Pays-Bas	53,70	6	41,77	12	43,88	11	42,45	11	46,27	9	46,18	9	45,14	10	-5	-3	-4
Pologne	47,71	11	41,97	11	45,29	10	43,14	9	42,39	15	42,18	14	41,48	15	2	-3	-4
États-Unis	37,18	16	33,72	17	36,06	17	36,95	16	38,76	17	38,07	17	38,07	17	0	-1	-1
Corée	21,97	18	24,71	18	26,07	18	29,67	18	31,76	18	31,98	18	32,38	18	0	0	0
Danemark	58,53	3	52,69	2	53,21	2	49,58	3	56,54	4	55,97	3	55,67	3	0	0	0
Espagne	44,33	13	39,09	14	38,62	14	38,92	15	45,13	10	44,47	11	43,32	12	-2	2	1
Finlande	61,05	2	48,01	5	48,52	5	46,80	6	57,50	2	58,06	1	57,72	1	-4	1	1
Norvège	50,27	9	42,03	10	46,71	8	41,44	13	44,03	13	45,63	10	48,55	8	-4	-1	1
Belgique	52,39	7	49,05	4	49,51	4	48,24	4	55,59	5	55,08	4	53,98	5	3	3	2
Italie	51,80	8	45,50	7	46,79	7	46,79	7	51,04	7	51,22	7	50,50	6	1	1	2
Royaume-Uni	39,14	15	35,92	16	38,23	16	41,48	12	44,89	11	43,75	13	43,04	13	3	2	2
France	54,18	5	51,13	3	52,30	3	52,23	1	56,98	3	57,32	2	57,01	2	4	3	3
Japon	35,70	17	38,79	15	38,27	15	35,78	17	42,48	14	42,02	15	42,02	14	0	2	3
Portugal	42,62	14	42,64	9	43,72	12	44,49	8	49,94	8	51,70	6	48,26	9	6	8	5
Grèce	46,00	12	46,43	6	45,80	9	47,07	5	62,13	1	50,65	8	55,34	4	7	4	8

En effet, l'Allemagne qui était en 1995 le quatrième pays le plus dépensier de notre échantillon se retrouve en 12^{ème} en 2014, soit une chute de 8 places. Elle remonte à la 11^{ème} place en 2015 non pas sous l'effet d'une nouvelle augmentation de sa dépense publique mais d'une plus forte baisse de ses voisins, en l'occurrence l'Espagne qui occupait cette 11^{ème} place et qui occupe désormais la 12^{ème}. Mais les variations les plus spectaculaires viennent des pays qui ont augmenté leur dépense publique : avec la Grèce et le Portugal qui gagnent 8 et 5 places entre 1995 et 2015.

Cependant, remarquons que seule la Grèce voit sa position radicalement évoluer, tant en 2014 qu'en 2015. Elle était en 2013 le pays avec la dépense publique la plus élevée, avec l'équivalent de 60,77 % de son PIB. Alors que suite à une baisse de 10,83 points de sa

⁸ Données OCDE et calculs des auteurs

⁹ Pour chaque année nous indiquons aussi le rang de chaque pays en fonction de son niveau de dépense publique. Ainsi en 1995, la Suède était le pays en termes de dépense publique exprimée en fonction du PIB.

dépense publique entre 2013 et 2014, soit la plus forte baisse entre ces deux années de l'ensemble des pays sélectionnés, la Grèce revient sous la barre des 50 % de dépense publique exprimée en termes de PIB. A titre de comparaison, l'Allemagne a quasiment réalisé la même réduction de la dépense publique (10,39 points), non pas en un an mais en 19 ans ! Ces évolutions spectaculaires ne sont pas tant liées à une réduction réelle de la dépense publique mais à un effet dénominateur du ratio dépense publique sur PIB, c'est-à-dire à une forte variation à la baisse comme pour la Grèce ou à la hausse comme pour l'Allemagne du niveau de PIB.

1.2 Effets dénominateur et numérateur du ratio dépense publique sur PIB

Le ratio dépense publique sur PIB présente l'inconvénient majeur de prendre en compte à la fois la variation réelle du niveau de dépense publique (c'est-à-dire sans tenir compte de l'inflation) et surtout la variation du PIB au cours de la période étudiée. Cette situation est problématique dans la mesure où elle peut nous conduire à conclure que la dépense publique baisse alors qu'elle n'a que baissée relativement à son poids exprimée en points de PIB. Pour tenter de dissocier l'impact d'une variation effective de la dépense publique de celui d'une variation du PIB, il nous faut aller regarder ces deux grandeurs économiques exprimées en volume de monnaie nationale. Les résultats détaillées pour chaque pays de l'échantillon étudié dans cette analyse se trouvent en annexe n°1.1. Les variations du ratio dépense publique sur PIB, du PIB et de la dépense publique totale en monnaie nationale sont exprimées en %¹⁰.

On parlera d'un « effet dénominateur » lorsque le PIB, dénominateur du ratio, modifie à la hausse ou à la baisse le ratio. Si le PIB, toutes choses égales par ailleurs, baisse alors le ratio dépense publique sur PIB augmentera (« effet dénominateur à la hausse »). S'il augmente alors le ratio baissera (« effet dénominateur à la baisse »).

On parlera d'un « effet numérateur » lorsque la dépense publique, numérateur du ratio, modifie à la hausse ou à la baisse le ratio. Si la dépense publique, toutes choses égales par ailleurs, baisse alors le ratio dépense publique sur PIB baissera (« effet numérateur à la baisse »). Si elle augmente alors le ratio augmentera (« effet numérateur à la hausse »).

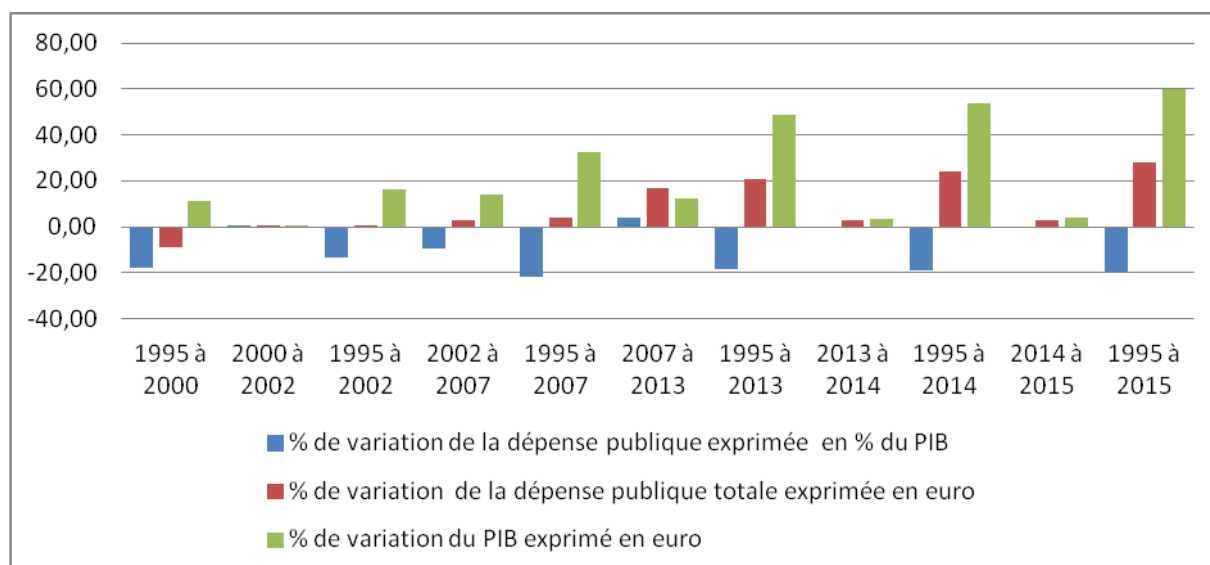
Les deux effets peuvent se combiner et ainsi amplifier une tendance du ratio ou venir limiter l'impact de l'un ou de l'autre sur le ratio, voir l'annuler.

¹⁰ Attention, jusqu'à maintenant les variations du ratio dépense publique sur PIB étaient exprimées en points de PIB et non en %. Les variations entre le 1.1 et 1.2 ne sont pas directement comparables. Elles sont égales mais exprimées dans des unités différentes.

Nous détaillons graphiquement ci-dessous les cas de quatre pays illustrant les différents scénarios emblématiques possibles : l'Allemagne, la Corée, la France et la Grèce. Pour l'ensemble des histogrammes, les barres bleue, rouge et verte représentent respectivement le % de variation de la dépense publique exprimée en % du PIB, le % de variation de la dépense publique totale exprimée en euro et le % de variation du PIB exprimé en monnaie nationale, ici euro et Won pour la Corée. L'ensemble des périodes sont étudiés, y compris celles de crise économique pour lesquelles les pourcentages peuvent être très faibles, notamment 2000-2002, confirmant d'une autre manière une certaine stagnation économique sur cette période.

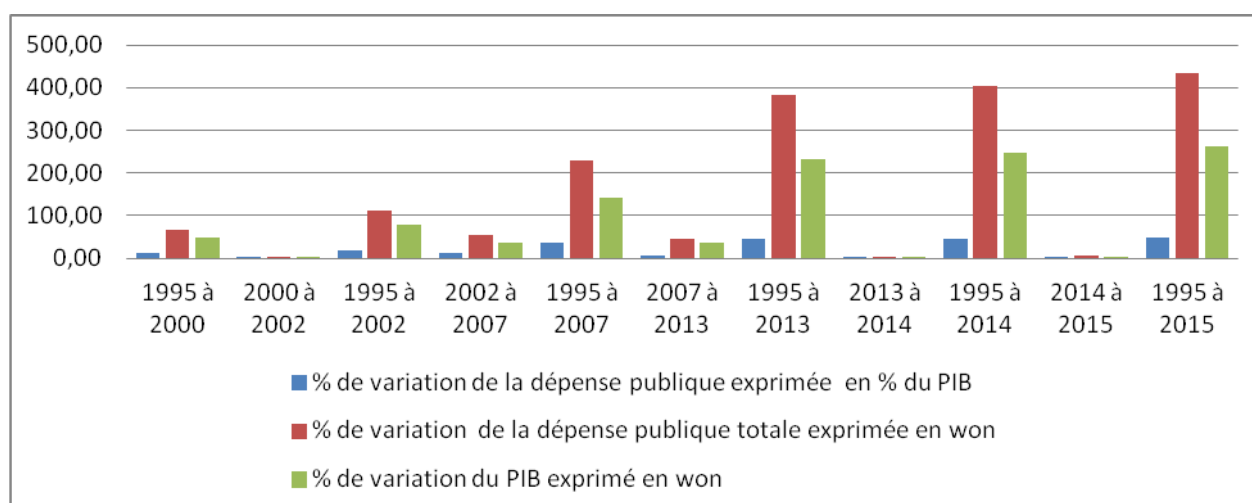
Le premier cas que nous prenons est celui de l'Allemagne (graphique 1.2), pays souvent pris comme point de comparaison et qui, après la Suède, a le plus réduit son ratio dépense publique sur PIB avec une baisse 19,85% sur la période 1995-2015. Ce cas nous permet d'illustrer qu'une forte baisse du ratio dépense publique sur PIB peut être le fait d'une très forte augmentation du PIB, compensant ainsi la forte hausse de la dépense publique qu'a connu ici l'Allemagne : 28.02%. Cependant remarquons que la baisse du ratio en début de période, de 1995 à 2000 est le résultat à la fois d'une baisse effective de la dépense publique et d'une hausse du PIB. Le fort effet numérateur à la baisse de de 1995 à 2000, combiné à un effet dénominateur lui aussi fort de 2000 à 2015 permettent à l'Allemagne sur la période 1995-2015, d'afficher une baisse significative de son ratio Dépense publique sur PIB. L'Allemagne connaît donc un double effet positif.

Graphique 1.2 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour l'Allemagne



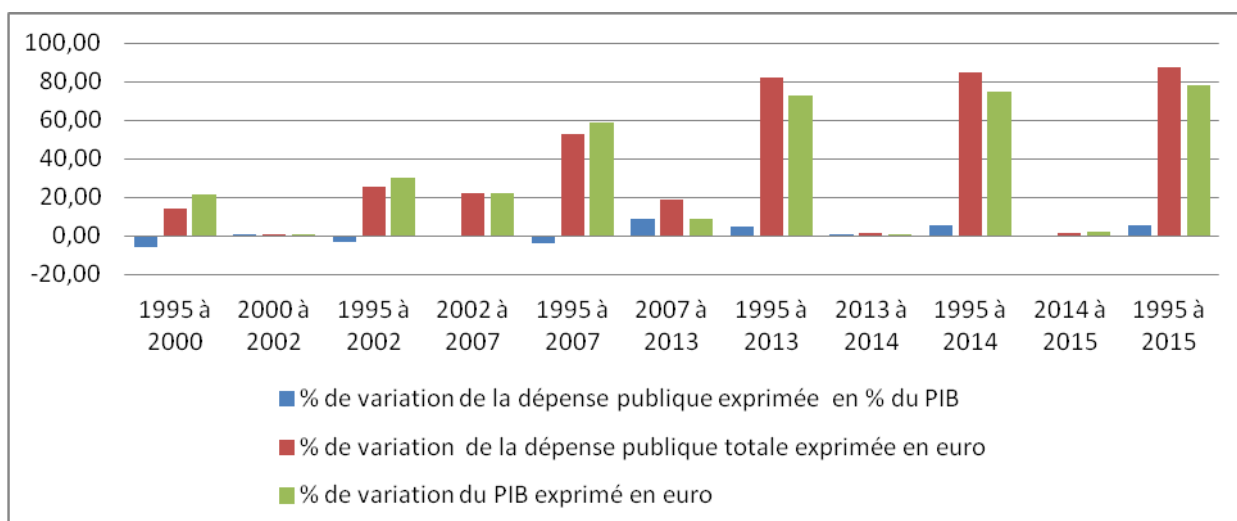
La Corée du sud (graphique 1.3) pour toutes les périodes a des variations positives des trois indicateurs. On distingue nettement l'effet de rattrapage en terme de dépense publique que connaît le pays de 1995 à 2015 avec une variation de cette dernière particulièrement élevée (435%) au regard d'une variation positive pourtant importante de son PIB (236,37%). Les deux variations étant importantes, la variation du ratio dépense publique sur dette publique est positive mais reste finalement modeste à 47,37% sur la période. Dans le cas de la Corée du sud, l'effet numérateur à la hausse l'emporte largement sur un effet dénominateur à la baisse pourtant fort.

Graphique 1.3 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la Corée du sud



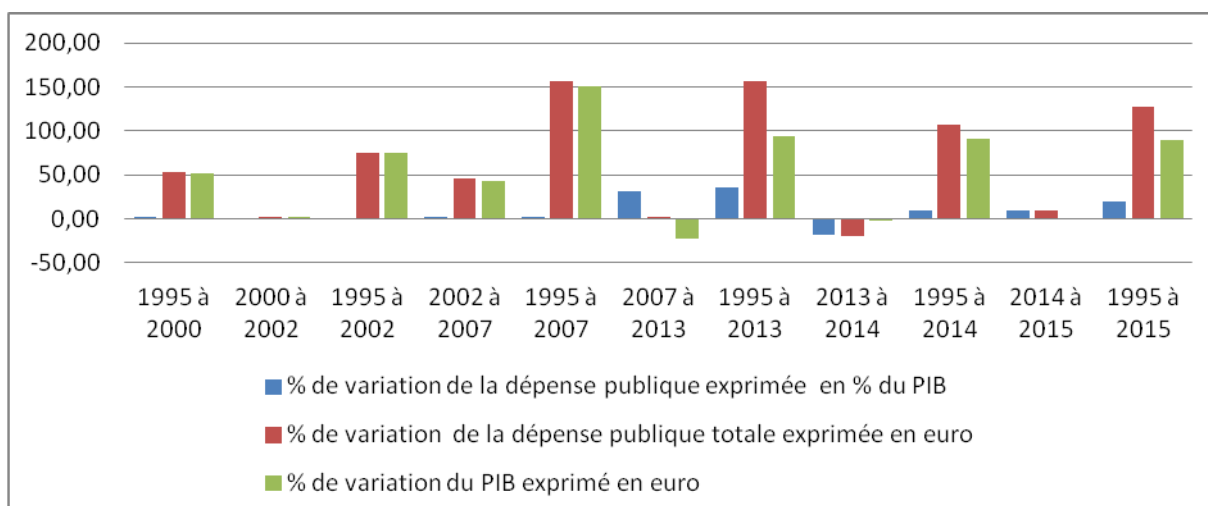
La France (graphique 1.4) est l'exemple type d'un effet dénominateur certes présent mais modéré, à peine suffisant pour compenser l'augmentation de la dépense publique. On observe ainsi une symétrie importante entre les variations de la dépense publique et celles du PIB. Ce qui entraîne « mécaniquement » une quasi-stagnation du ratio dépense publique sur PIB avec une augmentation de 5,21% sur la période 1995-2015. Remarquons que c'est au moment de la crise de 2007-2013 que l'effet dénominateur de la France se retourne en sa défaveur avec certes une croissance mais trop faible pour compenser l'effet numérateur lié à l'augmentation de la dépense publique liée à la crise. En France, l'impact positif d'un effet dénominateur à peine suffisant pour compenser un effet numérateur un peu élevé se révèle particulièrement fragile face à l'impact d'une crise. La France subit directement un « effet crise ».

Graphique 1.4 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la France



La Grèce (graphique 1.5) connaît pendant la crise de 2007 à 2013, une stagnation de sa dépense publique et simultanément une régression de son PIB de 22,5% sur la période, pour ensuite de 2013 à 2014 connaître une baisse de 19% de sa dépense publique avec une croissance nulle. En Grèce, on assiste successivement à un effet dénominateur à la hausse et à un effet numérateur à la baisse, c'est-à-dire deux effets qui s'annulent.

Graphique 1.5 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la Grèce



Le cas de la Grèce avec un effet numérateur à la baisse reste un cas particulier. En effet, malgré des différences notables d'un pays à l'autre dans les niveaux de variations, l'ensemble

des pays ont vu leur dépense publique effective augmenter. Les baisses n'ont eu lieu que relativement à l'augmentation des PIB. L'effet dénominateur à la baisse a donc pleinement joué et ce malgré l'effet numérateur à la hausse. Si l'on regarde de plus près les données détaillées de l'annexe n°1.1, on peut seulement trouver 8 baisses effectives de dépense publique pour 7 pays : une baisse de 8,75% pour l'Allemagne de 1995 à 2000, de 0,03% de 2000 à 2002 et 3,60% de 2002 à 2007 pour le Japon, de 0,51% pour l'Espagne de 2013 à 2014, de 19,11% pour la Grèce de 2013 à 2014, 0,38% pour les Pays-Bas de 2014 à 2015 et 3,47% pour le Portugal sur cette même période. Hormis les situations nationales qui peuvent expliquer ces baisses, elles de 2013 à 2015 peuvent s'expliquer par un ajustement post-crise c'est-à-dire à un retour à la normale suite aux dépenses élevées générées par la crise.

1.3 L'effet d'optique généré par «l'inflation » sur le numérateur du ratio dépense publique sur PIB

L'effet numérateur auquel nous faisons référence ici est celui généré par l'inflation qui vient « artificiellement » augmenter le niveau des agrégats utilisés pour le ratio, dans la mesure où ces derniers vont augmenter pour accompagner la hausse induite par l'augmentation de l'indice des prix à la consommation. A partir des données de l'OCDE nous avons retiré (déflaté) l'inflation aux variations des PIB et des dépenses publiques de chaque pays de notre échantillon pour la période 1995 à 2014. Les résultats sont détaillés en annexe n°1.2.

Ce calcul suppose que l'on applique de manière uniforme l'impact de l'inflation à l'ensemble de la dépense publique. Il faut donc le prendre comme un indicateur de tendance générale plutôt que comme un indicateur très précis. Il reste vraisemblable dans la mesure où la dépense publique est majoritairement constituée par les rémunérations des personnels et les prestations monétaires à destination des ménages, deux catégories traditionnellement indexées sur l'inflation.

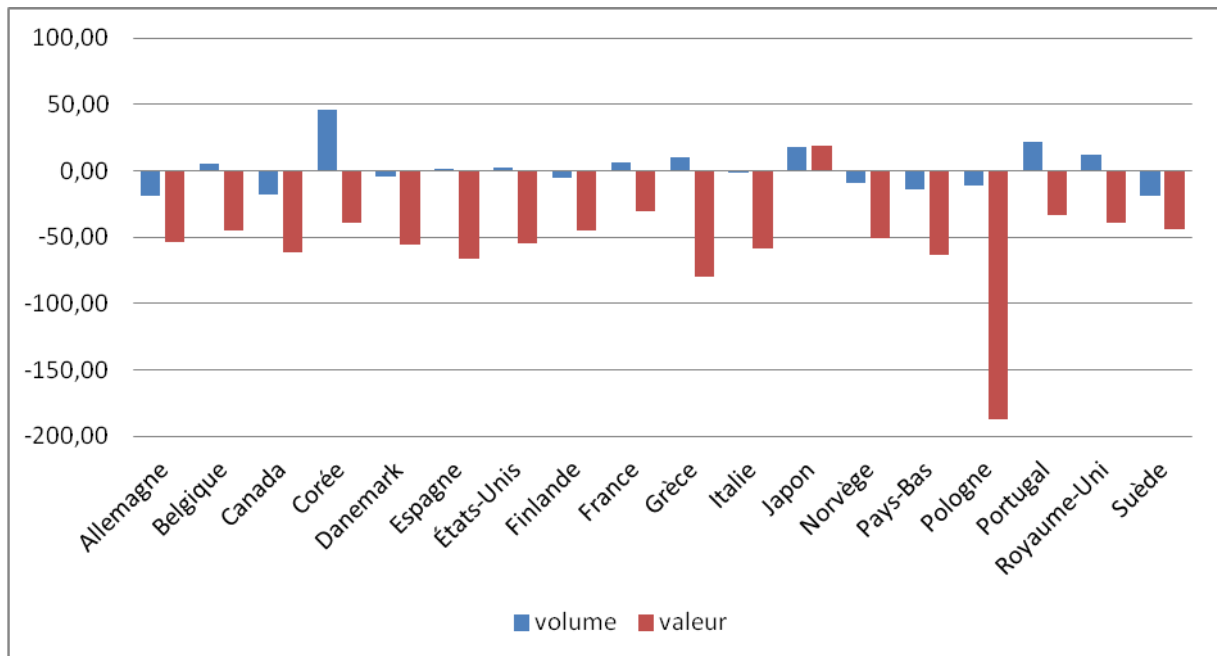
Le graphique 1.6 qui résume ces résultats. Il nous permet de voir quels sont les pays dont les variations en volume et en valeur ne coïncident pas, sachant que dans la majorité des cas le ratio déflaté ne fait qu'accentuer le ratio non déflaté. Cette situation est particulière visible dans le cas de la Pologne qui connaît en volume une baisse de seulement 11,59%. Alors qu'elle connaît en valeur une baisse de 187,01% ! Elle passe ainsi de la 5^{ème} position en termes d'effort de réduction en volume à la première place en valeur.

Font exceptions la Corée du Sud, la France, la Grèce, le Portugal et le Royaume-Uni qui alors qu'ils connaissent une hausse du ratio lorsqu'il est exprimé en volume, connaissent une baisse du ratio en valeur.

Remarquons que le Japon voit sa variation en valeur (+19,14) être quasiment identique à celle en volume (+17,71%). Cela s'explique par le fait que le Japon doit faire face de manière ininterrompue depuis les années 1990 à des périodes de très faible inflation ou de déflation.

En valeur (en tenant compte de l'inflation), tous les pays, hormis le cas particulier du Japon connaissent une baisse de leur ratio dépense publique sur PIB.

Graphique 1.6 : comparaison des variations de la dépense publique entre 1995 et 2015 en volume et en valeur



L'analyse des données agrégées de la dépense publique ne nous renseigne ni sur ce à quoi sert la dépense publique ni comment elle est répartie entre les différentes missions de l'Etat, notamment entre celles qui nous intéressent le plus ici : la santé, la protection sociale et l'éducation.

2. Un focus sur les dépenses publiques de santé, de protection sociale et d'éducation: quels poids dans la dépense publique totale ?

Le système de comptabilité nationale permet de répartir les opérations de dépense publique qu'il recense en 10 catégories prédéterminées par l'OCDE à travers la Classification des Fonctions des Administrations Publiques (CFAP ou COFOG en anglais)¹¹. Le contenu de ces catégories étant normalisé de manière identique pour l'ensemble des pays, la CFAP permet de comparer l'ensemble des pays.

Les 10 catégories de la CFAP sont par ordre de classement (de 1 à 10) : Services généraux des administrations publiques (1), Défense (2), Ordre et sécurité (3), Affaires économiques (4), protection de l'environnement (5), Logement équipements collectifs (6), Santé (7), Loisir, culture et cultes (8), Enseignement (9) et Protection sociale (10).

Les données disponibles pour la CFAP vont de 1995 à 2015 pour l'ensemble de notre échantillon sauf pour la Grèce, la Norvège, la Pologne et le Royaume-Uni. Pour la Corée du sud, les données vont de 1995 à 2013. Nous utilisons donc pour 2014, la valeur de 2013. Les données CFAP ne sont pas disponibles sur le Canada. Il est donc retiré de notre échantillon.

Sur les 10 fonctions de la CFAP nous nous concentrons sur celles qui intéressent plus directement ce rapport : la santé (2.1), la protection sociale (2.2) et l'enseignement (2.3). Nous ajoutons la fonction « services généraux des administrations publiques » qui retrace le coût de fonctionnement des APU (2.4). Pour chacune de ces fonctions nous indiquons dans un premier graphique quel est son poids en % dans le PIB aux 5 années charnières (1995, 2000, 2002, 2007, 2014) de notre analyse. Puis dans un deuxième graphique, nous faisons de même mais pour le poids de la fonction CFAP étudiée dans l'ensemble des dépenses publiques. Les données détaillées par pays et par fonction se trouvent en annexes n°1.3 et 1.4.

2.1 La dépense publique santé

La fonction santé (7) regroupe l'ensemble des dépenses publiques de santé pour des services ou des achats à caractère individuel qui sont liées à l'achat de produits, appareils et matériels médicaux, aux services ambulatoires et hospitaliers, aux services de santé publique ou de recherche et développement en santé.

¹¹ OCDE (2013).

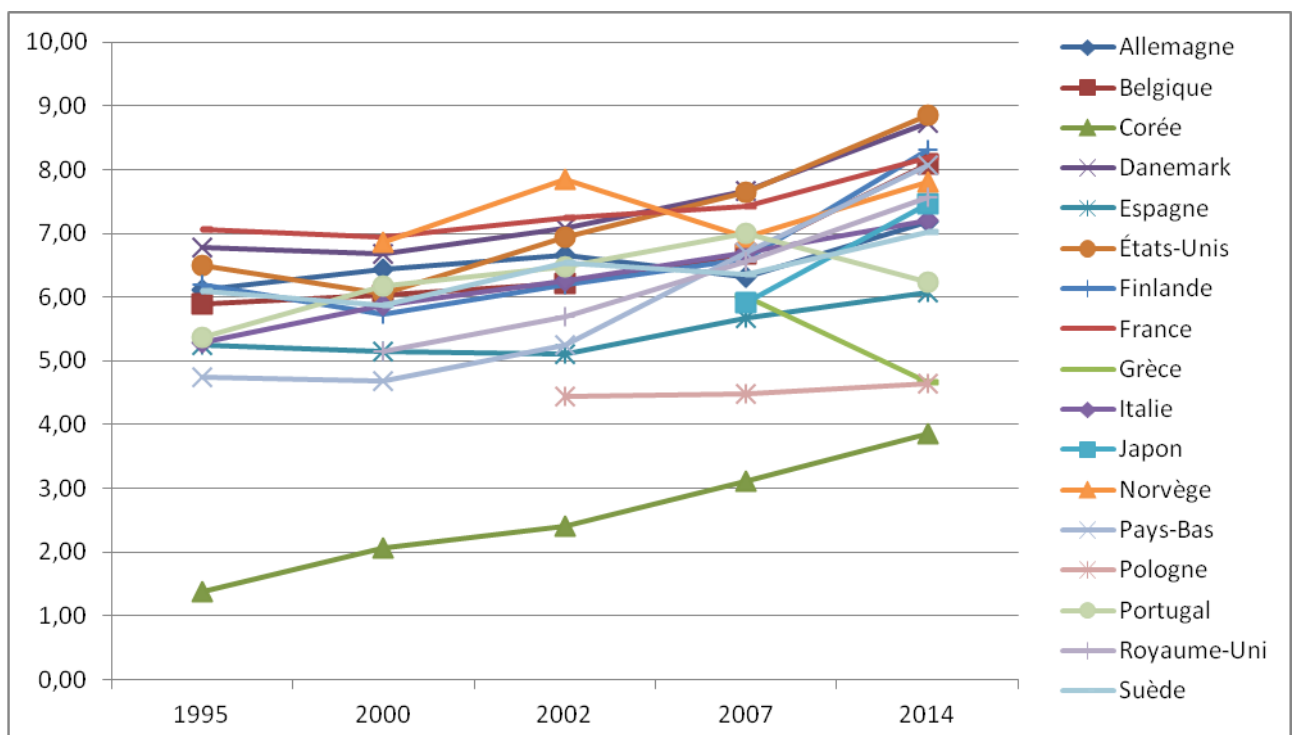
La dépense publique de santé en % du PIB entre 1995 et 2014 augmente dans l'ensemble des pays. En 1995, tous ont un niveau de dépense compris entre 4,75 et 7 % du PIB. En 2014 tous ces pays ont des niveaux compris entre 7 et 8% du PIB. On constate un phénomène de tassement et de convergence. La hausse la plus importante est celle des Pays-Bas qui voient leur dépense publique de santé augmenter de 4,74% à 8% du PIB soit une augmentation de 70%.

La Corée du sud connaît elle aussi une hausse mais reste à un niveau plus faible que les autres pays avec des dépenses publiques de santé qui représentent 1,39% et 3,12% du PIB en 1995 et 2013 soit une augmentation de 178%. On reste dans un phénomène de rattrapage.

La Pologne connaît une remarquable stabilité de sa dépense de sa dépense en se maintenant aux alentours de 4,5 % du PIB.

Deux pays voient leur ratio chuter depuis 2007 : le Portugal et la Grèce qui passent respectivement de 7 et 6% du PIB en 2007 à 6,25 et 4,66 % du PIB en 2014 soit des chutes de 9% et 15%.

Graphique 1.7 : fonction santé exprimée en % du PIB

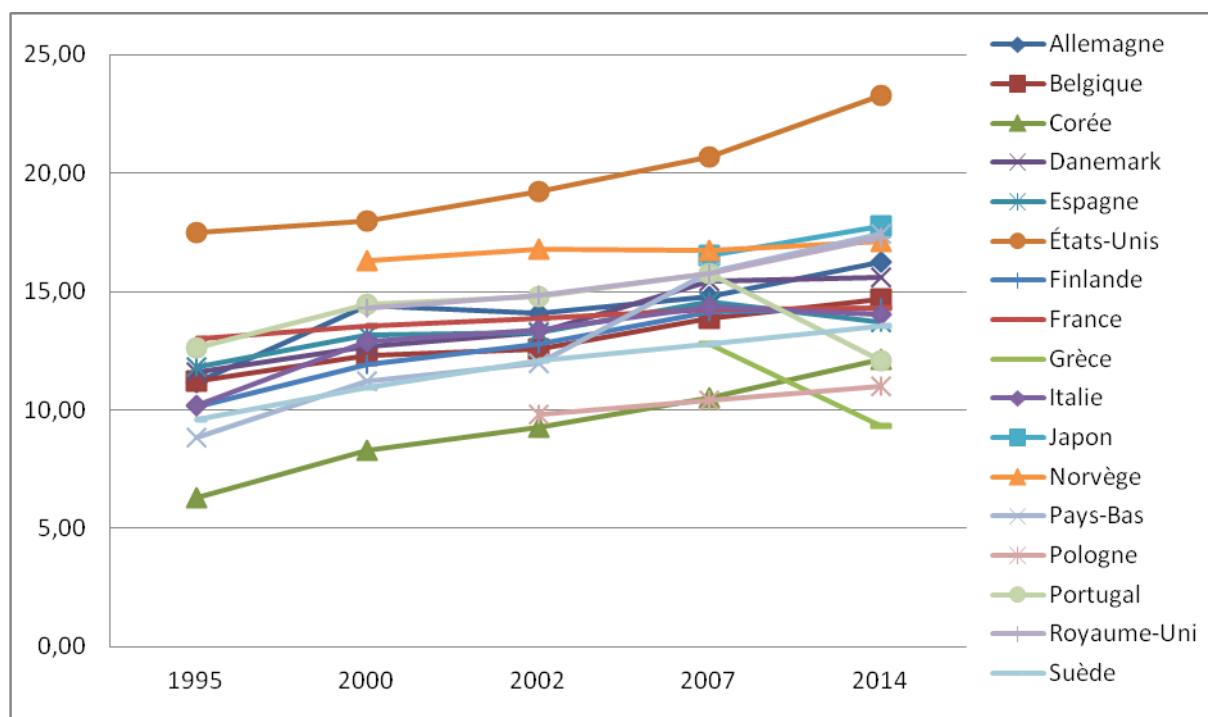


En 2014, les États-Unis et le Danemark sont les deux pays qui consacrent le plus à la santé avec une dépense publique équivalente à 8,86 et 8,73 % du PIB. La France se situe 0,5 point en dessous à 8,24 % du PIB.

Les observations faites ci-dessus sont valables lorsque l'on regarde la dépense publique de santé par rapport à la dépense publique totale (graphique 1.8). Les Etats-Unis compte-tenu de leur fort niveau de dépense de santé et de leur faible niveau de dépense publique totale, consacrent plus de 23% de leur dépense publique à la santé. Là où le groupe de pays dans la tendance d'évolution générale se situe nettement derrière avec des valeurs comprises entre 13,5% (Suède) et 17,5% (Japon). La France se situe dans la moyenne avec des dépenses publique de santé qui représentent 14,3% de ses dépenses publiques totales.

Le Portugal et la Grèce s'effondrent aussi selon cet indicateur. Cela confirme pour ces pays que la baisse du ratio dépense publique de santé sur PIB est bien le fait d'un effet numérateur à la baisse, autrement dit d'une baisse effective de la dépense publique de santé.

Graphique 1.8 : La dépense de santé exprimée en % de la dépense publique



2.2 La dépense publique de protection sociale

La fonction protection sociale (10) regroupe l'ensemble des dépenses liées aux risques sociaux maladie et invalidité, vieillesse, survivants, famille et enfants, chômage et logement.

Dans le cas de la protection sociale, on peut observer une série de mouvements successifs semblables à ceux de la dépense publique totale. Pour mémoire, ces mouvements sont une baisse de la dépense de 1995 à 2000, une stagnation de 2000 à 2007 avec un léger rebond en 2002, pour finir avec une hausse de 2007 à 2014 qui ramène la dépense publique à son niveau

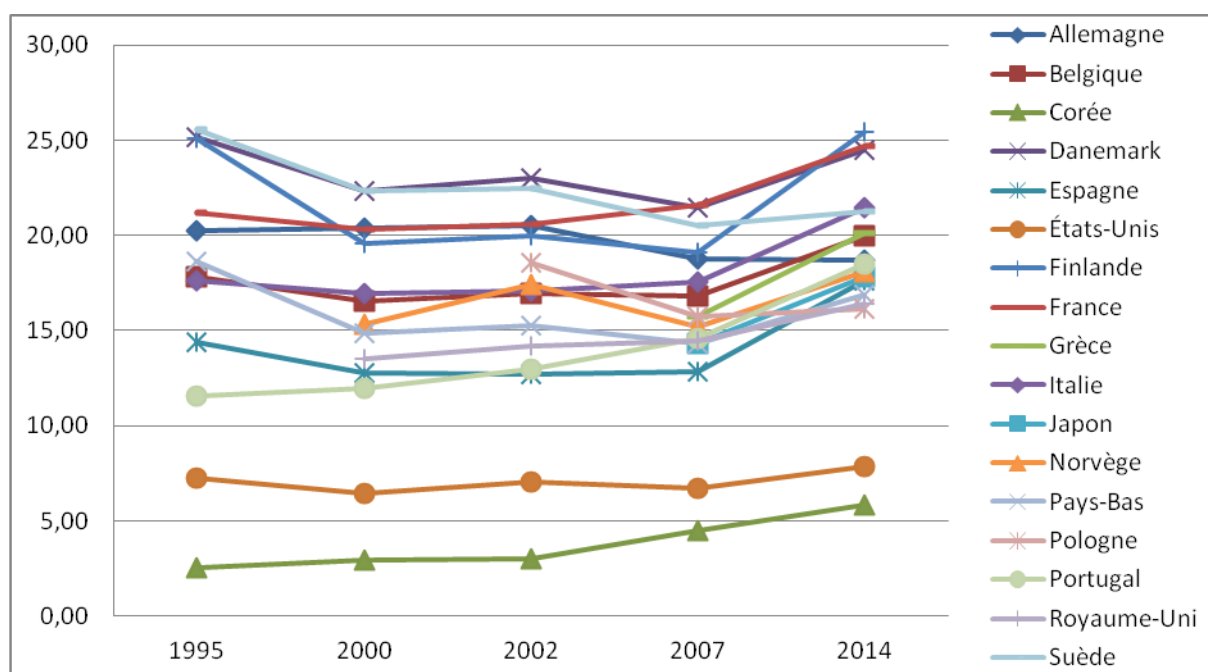
de 1995. Les pays sont relativement éloignés les uns des autres en termes de niveaux pour finalement converger en 2014.

La Corée du sud reste une exception avec un très faible niveau avec seulement 5,9% en 2013. A un très faible niveau, on retrouve aussi les Etats-Unis qui stagnent sur la période à moins de 8% de PIB de dépense publique de protection sociale.

La Finlande, la France et le Danemark forment le trio de tête quasiment à égalité avec une dépense publique de protection sociale qui représente 25% du PIB en 2014.

Un groupe de pays convergent de 1995 à 2014 avec des niveaux compris entre 16,5% et 21% du PIB.

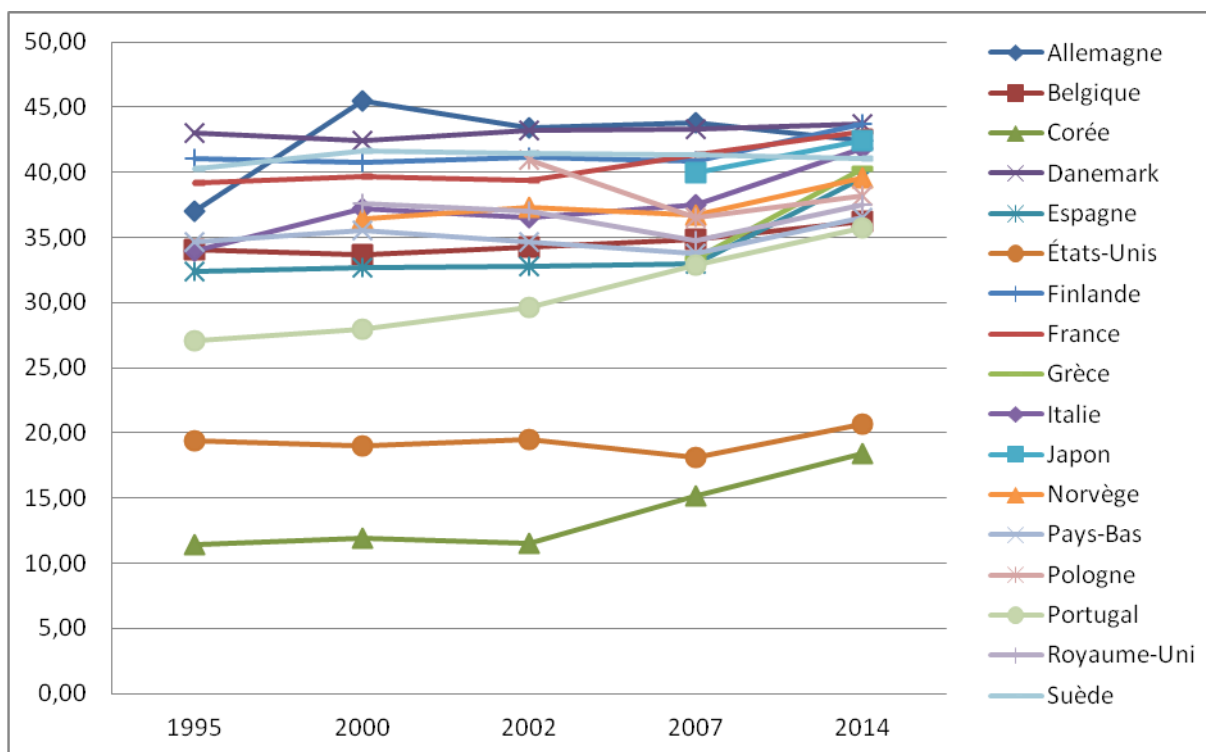
Graphique 1.9 : Dépense publique de protection sociale exprimée en % du PIB par pays



Lorsque l'on regarde la traduction de ces dépenses publiques de protection sociale exprimées en % du PIB et en % de la dépense publique totale, on constate pour l'année 2014, la formation de deux groupes plus identifiables que dans l'analyse précédente. Le premier correspond aux deux cas particuliers que sont la Corée du sud (donnée 2013) et les Etats-Unis où la dépense publique de santé représente respectivement 18,44% et 20,69%. Alors que le deuxième groupe, formé de tous les autres pays de l'échantillon, a des valeurs comprises entre 35,74% (Portugal) et 43,76% (Finlande), soit au minimum un écart de 15 points par rapport aux Etats-Unis. On retrouve dans ce groupe la hiérarchie que l'on obtenait précédemment avec le ratio dépense publique de santé sur PIB : un premier sous-groupe de tête avec toujours

la Finlande, le Japon, la France et la Suède avec un niveau un peu plus faible. Puis un deuxième sous-groupe dont les valeurs vont de 36% à 40% avec le reste des pays. La présentation selon cet indicateur tasse les écarts que l'on avait pu remarquer avec le ratio dépense de protection sociale sur PIB.

Graphique 1.10 : Dépense publique de protection sociale exprimée en % de la dépense publique totale par pays



2.3 La dépense publique d'enseignement

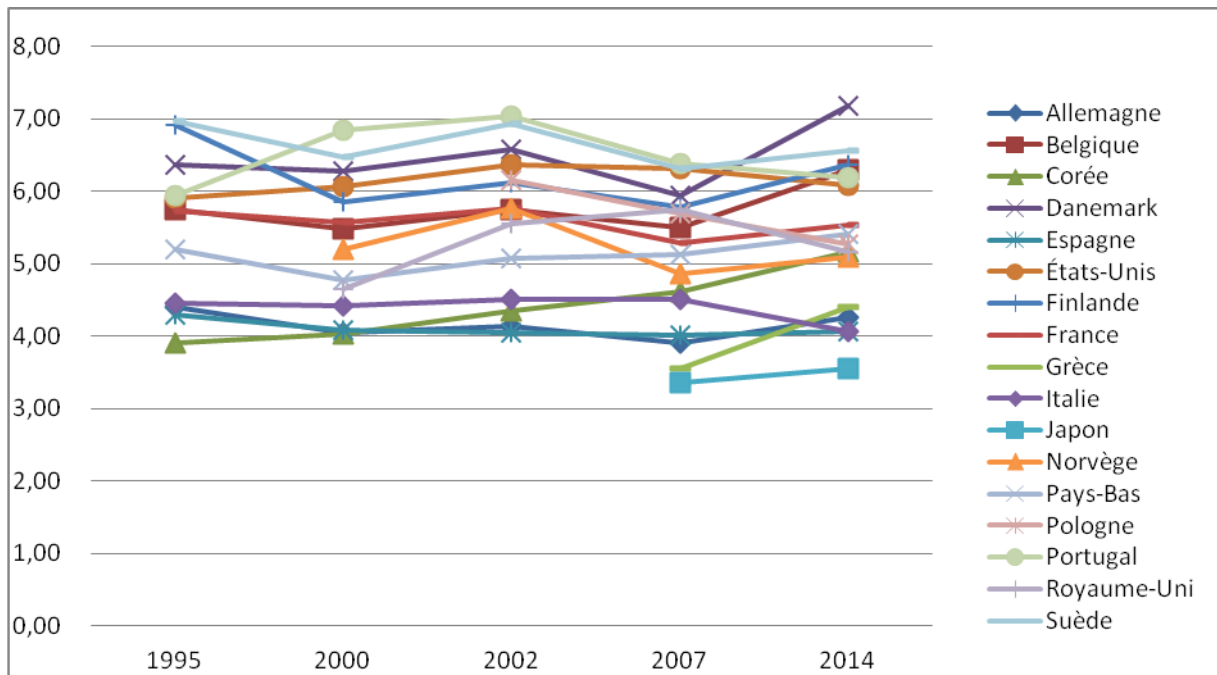
La fonction enseignement (9) regroupe l'ensemble des dépenses publiques qui concernent les enseignements préélémentaire et primaire, secondaire, postsecondaire non supérieur et supérieur et les dépenses diverses/annexes d'éducation.

A l'inverse des fonctions santé et protection sociale qui ont pu voir leur poids augmenter, la dépense relative à l'enseignement a principalement au mieux stagné et sinon baissé tant en fonction du PIB qu'en fonction de la dépense publique totale.

Un premier groupe hétérogène de pays aux niveaux plutôt faibles avec des valeurs comprises entre 3,5 et 4,5 % du PIB en 2014 est identifiable. On y retrouve l'Italie, le Japon, l'Espagne et la Grèce. Ces pays avaient les mêmes niveaux en 1995. Un deuxième groupe est identifiable avec des valeurs comprises entre 5 et 5,5 % du PIB. On y retrouve notamment la

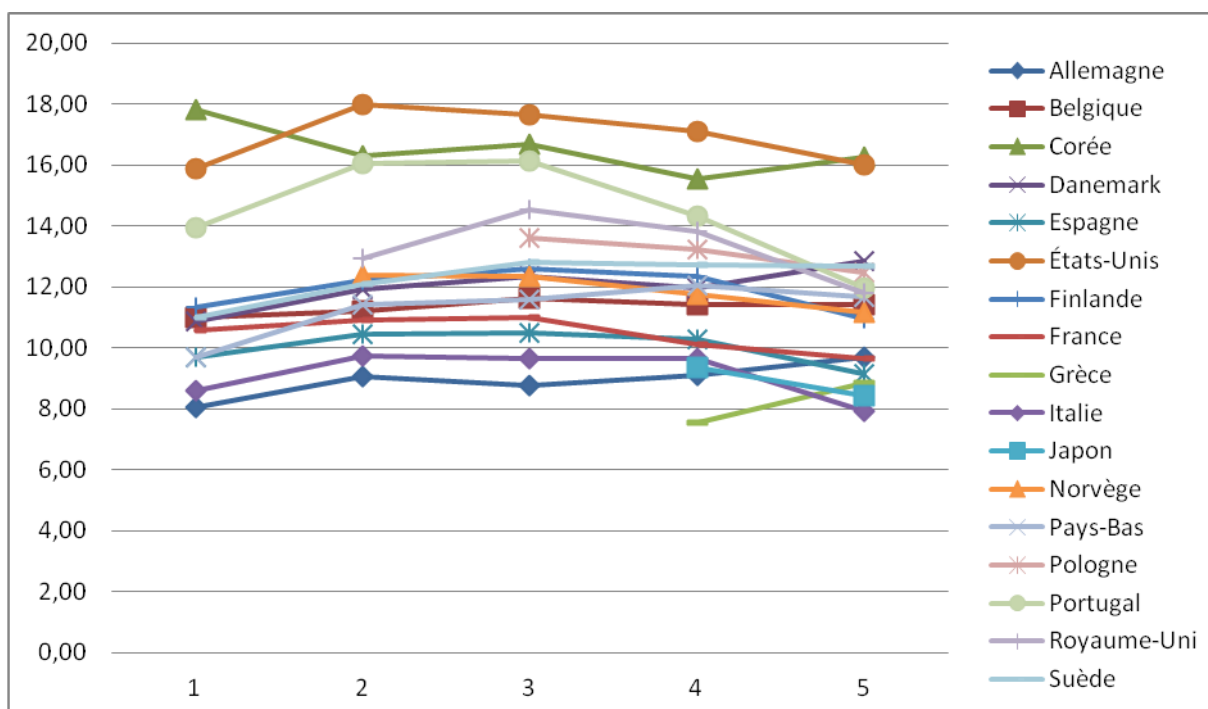
France. Un troisième et dernier groupe est constitué des pays qui dépensent le plus en éducation avec des valeurs comprises entre 6 et 6,5% avec l'Allemagne. Le Danemark qui a suivi la tendance du troisième groupe voit ses dépenses fortement augmenter de 2007 à 2014 de 6 à 7,2 % du PIB.

Graphique 1.11 : Dépense publique d'éducation exprimée en % du PIB par pays



En fonction de la dépense publique totale, la dépense d'éducation perd du poids entre 1995 et 2014 en Corée du sud (-8,64%, 2013), Espagne (-5,92%), Finlande (-3,4%), France (-8,65%), Italie (-7,85%) et Portugal (-14,5%) soit la moitié de notre échantillon. Remarquons que 13 pays sur 17 ont entre 2007 et 2013 vu leur ration dépense publique d'éducation sur dépense publique totale reculer. Les exceptions sont l'Allemagne, la Belgique, la Corée du sud et le Danemark.

Graphique 1.12 : Dépense publique d'éducation exprimée en % de la dépense publique totale par pays



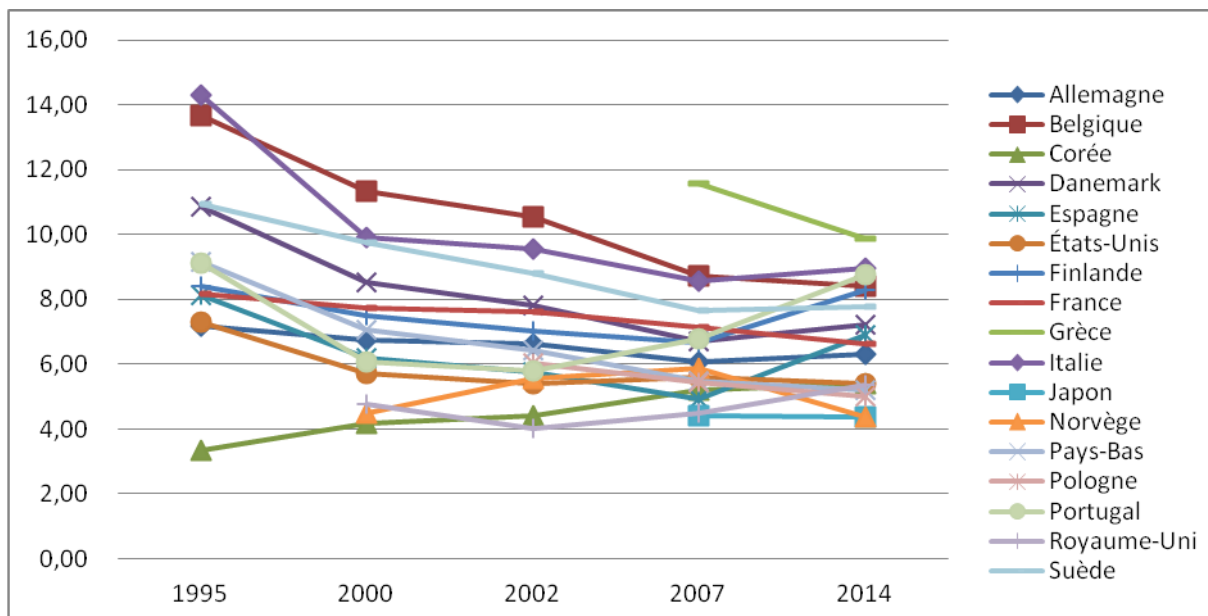
La dépense publique d'éducation a donc particulièrement été visée par les politiques restrictives.

2.4 La dépense publique d'administration générale

On s'intéresse aux dépenses d'administration centrale souvent accusées d'être non seulement élevées mais incontrôlables. La fonction services généraux des administrations publiques, administration générale par la suite, regroupe les dépenses liées au fonctionnement des organes exécutifs et législatifs, affaires financières et fiscales, affaires étrangères, aide économique extérieure, services généraux, recherche fondamentales et opérations concernant la dette publique.

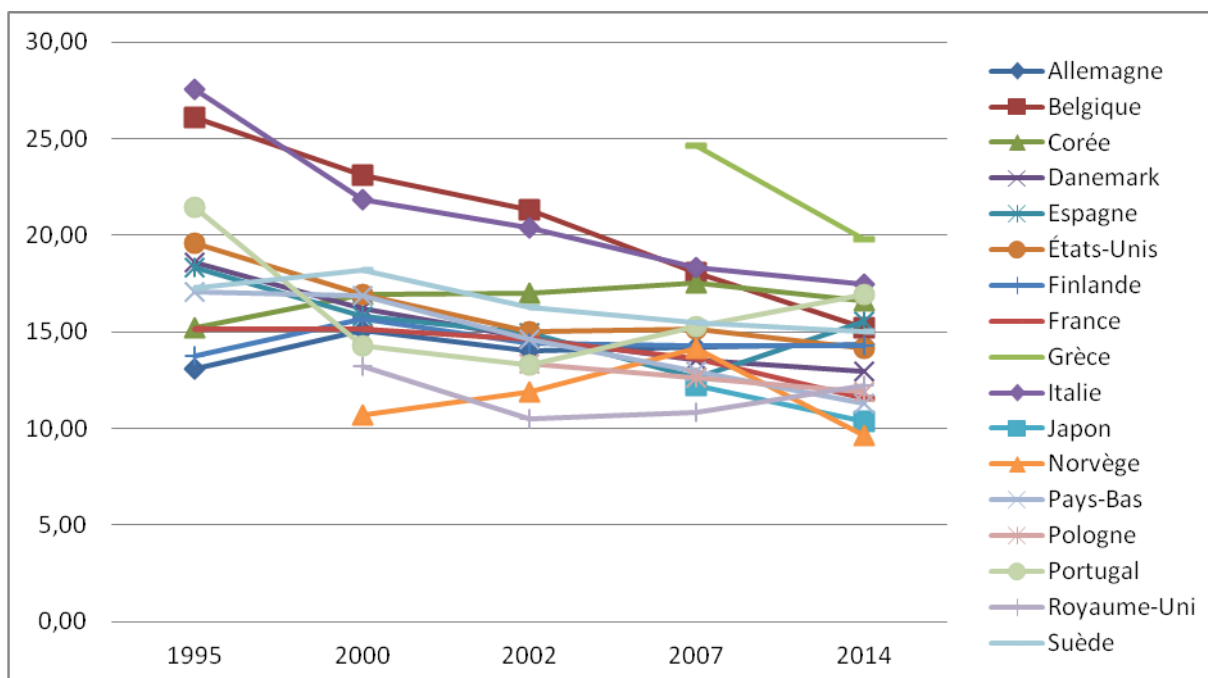
Les dépenses consacrées à l'administration générale sont en baisse depuis 1995 pour l'ensemble des pays hormis le Portugal et l'Espagne. En 2014, l'effort des pays se situaient entre 4,5 et 9 % du PIB. La France par exemple voit ainsi ses dépenses baisser 18,87%.

Graphique 1.13 : Dépense publique de services généraux des APU exprimée en % du PIB par pays



En pourcentage de la dépense publique totale, la baisse de la dépense d'administration générale se confirme. En 2014, le ratio est compris entre 9,5% (Norvège) et 17% (le Portugal). La France se situe à 11,5% de ses dépenses publiques totales consacrées aux dépenses d'administration générale soit une baisse du ratio de 23% par rapport à 1995.

Graphique 1.14 : Dépense publique de services généraux des APU exprimée en % de la dépense publique totale par pays



Ainsi les APU souvent présentées comme « dépensières » et « inefficaces », ont réalisé d'importantes coupes budgétaires (« efforts ») entre 1995 et 2015 venant ainsi mettre à mal ces préjugés.

3. Des niveaux de dépense publique réellement comparables ? Une question de périmètre de l'action publique

A en croire les données exposées dans la section 2.1, les Etats-Unis ne dépensent que l'équivalent de 7,9 % de leur PIB en protection sociale, là où la majorité des pays y consacrent plus de 16,5% de leur PIB. Le système américain est-il si performant ou bien les américains ne sont-ils simplement pas couverts socialement ? En revanche, ils dépensent le plus pour la santé avec l'équivalent de près de 9% du PIB qui y est consacré. Cela signifie-il donc que les Américains sont très bien soignés et qu'ils ne dépensent rien à titre privé pour leur santé ?

Avant même d'aller regarder les indicateurs relatifs à la qualité de la santé dans les pays de notre échantillon, un bref retour à notre définition de la dépense publique permet de relativiser et comprendre immédiatement cette très faible valeur.

En effet, comme indiqué en introduction de cette partie nous entendons dépense publique les dépenses qui relèvent de l'Administration Centrale (l'État), les Administrations d'États Fédérés, les Administrations Locales et les Administrations de Sécurité Sociale. Par conséquent, en fonction de la structure administrative et de la structure de la protection sociale du pays, la dépense publique peut avoir un niveau différent (plus élevé) uniquement à cause de ces effets de structure plutôt qu'à cause de dépenses publiques plus élevée à périmètre d'action égal. Autrement dit, pour comparer les niveaux de dépense publique entre plusieurs pays, il faut regarder quelle est la répartition des tâches et dépenses afférentes entre le secteur public et le secteur privé. L'OCDE nous donne cette répartition pour les fonctions santé (3.1) et protection sociale (3.2). Les données pour l'éducation étant majoritairement indisponibles ou de mauvaise qualité, nous avons préféré ne pas les aborder ici.

3.1 Le cas des dépenses de santé

A partir des données de l'OCDE nous avons pu séparer pour les années 1995 et 2015, bornes temporelles de notre analyse, les dépenses publiques auxquelles sont assimilées aussi les dépenses privées obligatoires, les dépenses privées de santé et les dépenses totales de santé exprimées en % du PIB¹². Nous avons ensuite effectué un premier classement de chaque pays en fonction de son niveau dépense publique de santé puis un second classement en fonction de son niveau total de dépense de santé. Les données détaillées sont disponibles en annexe n°1.5.

Signalons que les données évoquées ici pour la dépense publique santé diffèrent de celles présentées dans le graphique 1.7. car bien que provenant elles aussi de l'OCDE, les données CFAP ne recouvrent pas exactement les mêmes dépenses, notamment en ce qui concerne celles de santé. Les données présentées ici y ajoutent notamment les dépenses privées obligatoires.

En 1995, la France est le pays qui a les plus fortes dépenses publiques de santé avec l'équivalent de 7,8% de son PIB consacré à ce domaine. A l'opposé, la Corée du sud est le pays qui a les plus faibles dépenses publiques avec seulement 1,5% de son PIB. Les Etats-Unis ne se trouvent qu'en 7^{ème} position avec seulement l'équivalent de 5,8 % du PIB de leur PIB consacré à ce domaine. Les Etats-Unis dépensent donc effectivement moins que la France en matière de santé avec un écart de deux points. Si l'on se limite au secteur public, ce constat est le bon. En revanche si l'on se souvient que dans certains pays certaines missions identiques ne sont pas effectuées par le secteur public mais bien par le secteur privé, le constat peut être largement nuancé.

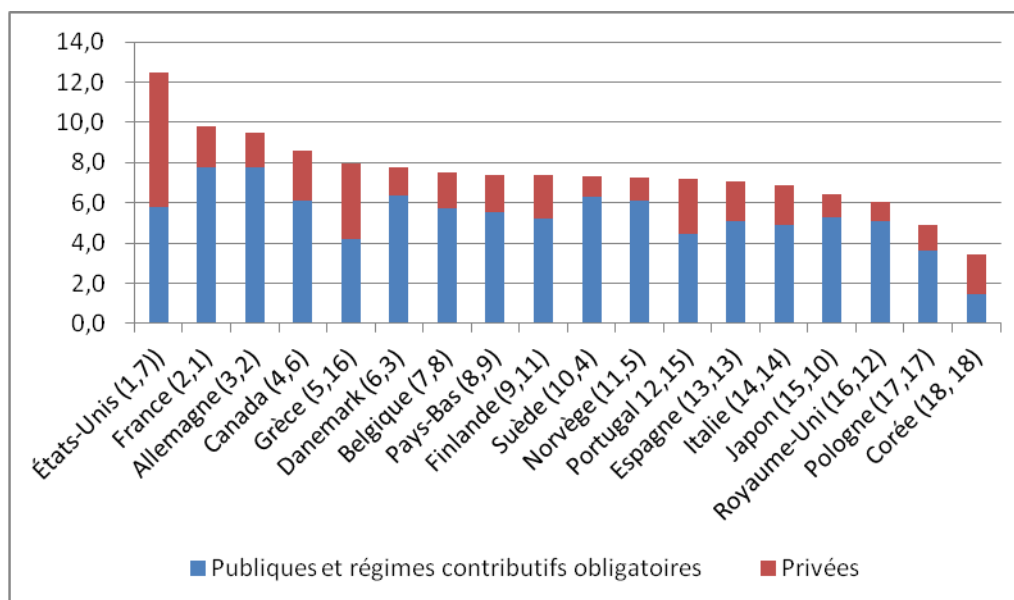
En effet lorsque l'on ajoute (graphique 1.15) les dépenses privées (en rouge) aux dépenses publiques de santé (en bleu). La France perd la première place au profit des Etats-Unis avec un écart de plus 2,7 points de PIB soit le même écart qu'entre la France, deuxième, et l'Espagne, treizième du classement ! La dépense totale de santé représente donc 12,5 aux Etats-Unis et 9,83 en France de leurs PIB respectifs.

Remarquons aussi que l'écart entre la France, deuxième et l'Allemagne, troisième n'est que 0,40 points. La France dépense donc certes beaucoup relativement aux autres pays mais pas plus que son voisin direct souvent pris comme point de comparaison.

¹² Attention : les données CFAP et celle-ci bien que provenant toutes de l'OCDE, ne sont pas égales. Cela peut notamment s'expliquer par l'ajout des dépenses privées obligatoires.

La Corée du sud et la Pologne sont les pays qui dépensent le moins en santé dans notre échantillon avec 3,5 et 5% du PIB.

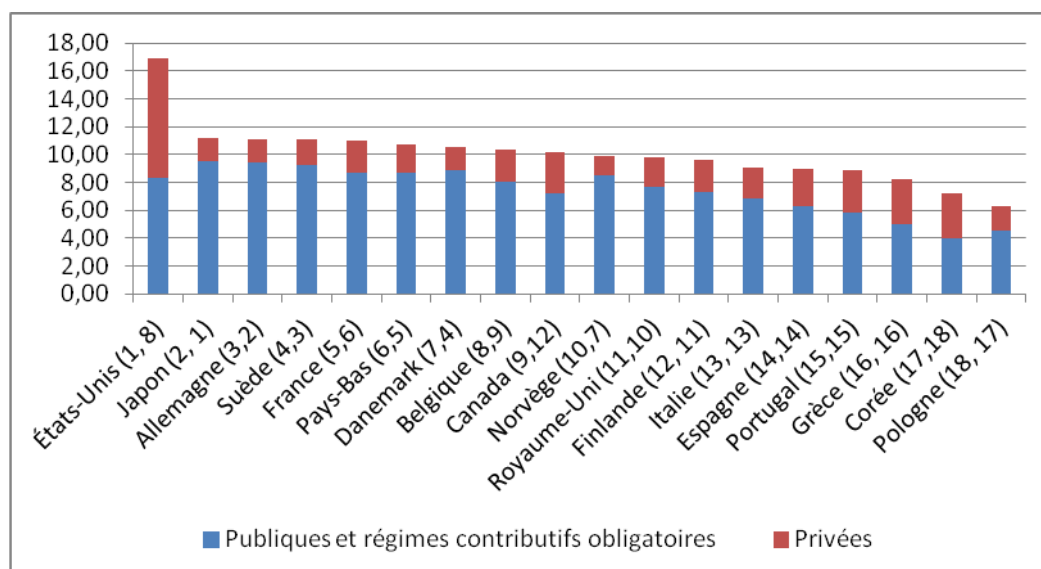
Graphique 1.15 : décomposition des dépenses de santé en % du PIB par pays en 1995¹³



Le constat fait en 1995 est aussi valable pour 2015 (graphique 1.16). Il est même encore plus flagrant car les États-Unis creusent leur écart et la France rétrograde à la 5^{ème} place en termes de dépenses totales de santé. De plus, les États-Unis conservent toujours la première place des dépenses totales de santé mais cette fois-ci avec un écart deux fois plus grand qu'en 1995 et qui atteint 5,7 points de PIB. La deuxième place revient elle au Japon avec l'équivalent de 11,21% de PIB consacré aux dépenses totales de santé alors qu'il n'était qu'à 15^{ème} place en 1995. Ensuite le reste de notre échantillon se répartit progressivement entre 11 et 8 points de PIB consacrés à la santé. La Corée du sud et la Pologne ferment toujours la marche.

¹³ Lecture du graphique : en 1995, les États-Unis sont à la 7^{ème} place en termes de dépense publique de santé exprimée en % du PIB. En revanche, ils sont à la 1^{er} place si l'on additionne dépenses publique et privée de santé exprimées en % du PIB.

Graphique 1.16 : décomposition des dépenses de santé en % du PIB par pays en 2015

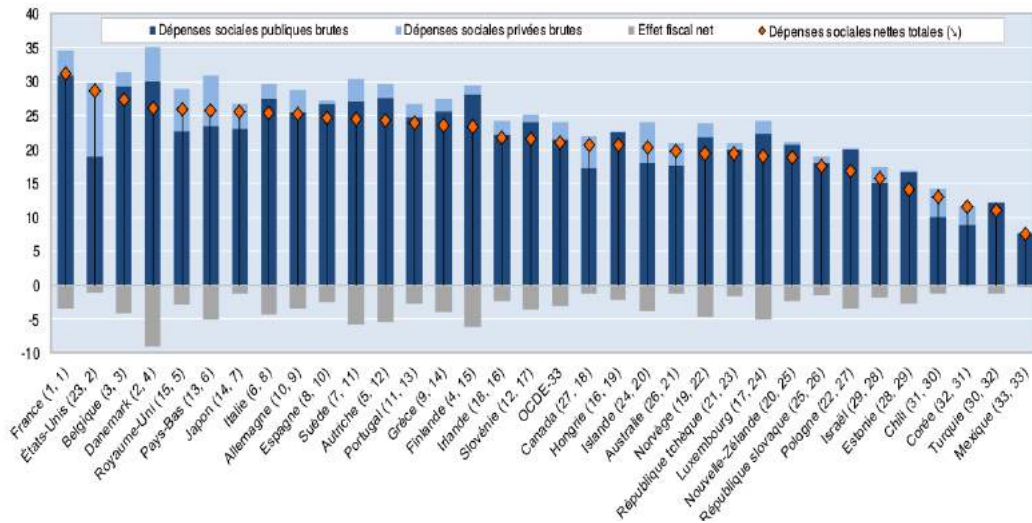


3.2 Le cas des dépenses sociales

Nous avons procédé au même exercice pour les dépenses de protection sociale. Les données sur toute la période n'étant pas disponibles, nous reprenons un graphique de l'OCDE. Le graphique 1.17, rappelle la structure des dépenses sociales de l'ensemble des pays de l'OCDE pour l'année 2011.

Elles se décomposent en trois parties : les dépenses publiques, les dépenses privées et l'effet fiscal qui représente la part que l'État récupère sur ces dépenses via la fiscalité (hors cotisations et impôts directs). Il est particulièrement important de regarder en détails la structure de la dépense sociale. Le cas des États-Unis en constitue l'exemple le plus flagrant. Le pays passe du 23ème rang en termes de dépenses sociales publiques au deuxième rang en dépenses sociales nettes, lorsque l'on prend en compte les dépenses sociales privées (qui comprennent notamment les dépenses sociales prises en charge par les entreprises). Ainsi la France et les États-Unis, avec des structures sociales radicalement différentes, se retrouvent quasiment au même niveau de dépenses sociales totales nettes en % de PIB, comme le montre le graphique.

Graphique n°1.17 : décomposition des dépenses sociales des pays de l'OCDE en % du PIB en 2011 (OCDE, 2014)



Tant dans le domaine de la santé que dans celui de la protection sociale la comparaison et le rétablissement de la correspondance des périmètres entre pays, permet de fortement relativiser les classements habituellement faits en matière de dépense publique. La simple compréhension de la manière dont est construite de manière comptable la mesure de la dépense publique nous permet de rétablir les choses. L'adage comparaison n'est pas raison se vérifie amplement. Evidemment pour améliorer la comparaison, il faudrait y adjoindre des indicateurs qualitatifs et des monographies sur les situations nationales respectives.

Au terme de cette analyse, on peut mesurer à quel point le chiffre brut sans savoir ce qu'il veut dire et sans connaître les données avec lesquelles il est construit, peut nous conduire à exagérer ou nous tromper dans nos conclusions.

A la lumière des chiffres et arguments exposés dans ce chapitre, le ratio dépense publique sur PIB élevé de la France n'apparaît pas aussi inquiétant que le discours dominant sur la dépense publique voudrait nous le faire croire. En effet, on a pu constater que premièrement les évolutions de la dépense publique étaient similaires pour l'ensemble des pays au cours de la période 1995-2015. Que deuxièmement, l'évolution à la baisse de ce ratio à était notamment le fait d'un effet dénominateur c'est-à-dire d'une augmentation du PIB. Autrement dit la dépense publique effectivement réalisée (effective) a augmenté dans l'ensemble des pays de notre échantillon. Enfin que troisièmement, les rares baisses effectives de la dépense publique ont eu lieu soit à la fin des années 1990 soit en période de crise ou post-crise, notamment celle de 2007.

Les leçons que nous pouvons tirer des deuxième et troisième sections de ce chapitre concernent plus directement les postes de dépenses étudiés dans ce rapport. En ce qui concerne la santé, la France dépense certes beaucoup mais n'est en 2014 qu'à la 6^{ème} place en matière de dépense publique de santé en % du PIB. Cette dernière ne représente 14,3% de la dépense publique (données CFAP) là où l'Allemagne se classe deuxième et où la dépense de santé représente 16,25% de sa dépense publique totale (données CFAP).

Dans cet ordre d'idée, les constats statistiques présentés de manière accablante doivent être en outre nuancés par le fait qu'en plus de nier par omission les différences de périmètre de l'action publique, ils s'appuient sur une évaluation totalement conventionnelle de la dépense publique. En effet, comme nous l'avons suggérer dans l'introduction de ce chapitre, on pourrait substituer au PIB un autre indicateur de bien-être des sociétés. Par exemple, pourquoi pas faire la publicité d'un ratio dépense publique sur taux de pauvreté ?, dépense publique sur espérance de vie ?, dépense publique sur un indice d'inégalité de revenus ? ou encore dépense publique sur pourcentage d'actif dans la population ? L'indicateur statistique ne parle pas de lui-même. Au contraire, la construction et focalisation sur un indicateur plutôt qu'un autre en dit plus sur les caractéristiques de ceux qui le diffusent que sur le système économique étudié.

Au total, même l'étude de l'évolution de la dépense publique réduite à son expression en fonction du PIB révèle des conclusions contrastées. En France celle-ci augmente mais pas tout le temps. Il y a même des périodes où elle diminue. Quand elle augmente, c'est aussi le cas des autres pays de l'OCDE de notre étude, comme après la crise de 2007. Il n'y a pas de singularité française. Par conséquent, si l'obsession française pour la dépense publique ne peut pas s'expliquer ou être justifié par une réalité objective chiffrée. Il faut se demander s'il n'a pas un fondement plus idéologique instrumentalisant le chiffre à des fins partisans

Chapitre 2. Les conventions qui soutiennent le changement de représentation de la dépense publique

Sans nier l'importance de la dépense publique en France et tout particulièrement la dépense sociale, il n'y a pas lieu de faire de la France un cas à part au sein de l'OCDE comme on vient de le voir. Pour autant, il semble acquis que la dépense publique est un problème ; tant par son niveau – trop élevé – que par son utilisation – trop gaspilleuse. Dans le premier cas, c'est l'opportunité même de l'intervention publique qui est en cause et, par exemple, on se demandera pourquoi laisser à l'assurance santé publique ce qui peut être fait par l'assurance santé privée ? Dans le second cas, tout en reconnaissant la légitimité de l'intervention publique, on cherchera à améliorer l'usage des ressources par le recours à des méthodes de gestion issues du privé. Ce schéma général se décline à tous les niveaux d'intervention du public : de la politique économique générale (austérité, rigueur, désinflation compétitive, etc.) aux politiques sectorielles (avec par exemple la régulation de la médecine libérale, des universités, des commissariats de police, etc.).

Ces conceptions s'inscrivent dans un référentiel de politique publique de nature conventionnelle. S'il paraît arbitraire au sens où on peut s'appuyer sur un autre référentiel de politique publique (celui qui valorise la dépense), il n'est pas sans fondement. Il est supporté par une conception de l'Etat qui repose sur une idéologie néolibérale. Le rôle de l'Etat n'est pas cantonné à ses missions régaliennes. A l'inverse du libéralisme qui minimise l'intervention de l'Etat, le néolibéralisme la valorise. Il fait de l'Etat l'instrument du développement des logiques marchandes et de la promotion de la concurrence. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre le dénigrement de la dépense publique. Les structures privées et la dépense qui y est liée sont jugées structurellement vertueuses puisqu'elles accompagnent la logique marchande. A l'inverse, le secteur public et la dépense publique sont considérées structurellement déficientes précisément parce qu'elles ne sont pas dans le langage du marché et de la concurrence. Le mieux est alors de transférer de la dépense du public vers le privé, à défaut de pouvoir supprimer la dépense publique. Quand, il n'est pas possible de procéder ainsi, il reste un moyen de purifier la dépense publique. Il faut la formater par les règles de gestions du secteur privé. Elle devient alors vertueuse. On peut donc

sauver la dépense publique si elle se présente comme une dépense privée, labélisée par les règles de « bonne gestion » du secteur privé.

Cette conception partielle et partielle de l'Etat qui s'est imposée progressivement dans le débat public est supportée par un langage où les mots ont un poids (dette, déficit d'un côté, performance, résultat de l'autre) et sont soutenus par des idées à la mode. Le nouveau référentiel s'appuie d'abord sur un système de représentations partagées dans certaines communautés décisionnelles et institutions. Cette « convention » va fournir les critères de « bonne gouvernance ». Elle s'inscrit dans un premier temps dans le cadre d'un référentiel marchand de politique publique qui forge un système de ressources cognitives imprégnant la politique publique à la fois à un niveau global et sectoriel (1). Ces ressources cognitives rencontrent des institutions et communautés épistémiques qui vont à la fois se nourrir de ces représentations et les relayer pour produire un « sens commun réformateur » qui arme la critique de la dépense publique (2). En analysant les ressorts essentiels du discrédit de la dépense publique, on peut déconstruire l'apparente naturalité et scientificité du discours réformateur lorsqu'il utilise pour argument théorique principal des conventions statistiques et langagières (3).

1. L'évolution de la représentation de la dépense publique : une approche en termes de référentiel

L'existence d'un déficit public, valorisé comme instrument de relance à l'ère keynésienne, est fortement condamnée aujourd'hui en vertu de « la gestion en bon père de famille ». La dépense publique sociale est dorénavant remise en cause et dominée par le poids financier qu'elle fait supporter à la collectivité. Avec le « trou de la Sécu », une autre « image d'Epinal » s'est imposée : celle d'une dette astronomique léguée par une armée de « vieux », malades et dépendants, à des jeunes contraints de la payer. Au nom du droit des générations futures, il conviendrait de limiter les dépenses aujourd'hui et ne pas reporter les charges d'une génération à l'autre. Ce raisonnement fait de la discipline budgétaire l'alpha et l'oméga de la préparation de l'avenir. Il consacre la notion de dette comme centre de gravité de la politique publique. Il se construit dans la population sur un « régime d'affects tristes » où le déficit, la dette voire la fraude ou l'abus provoquent indignation et colère et supplantent les affects joyeux du mieux-être de la population induit par la dépense publique (Lordon, 2013).

L'éducation du citoyen à la dette vise à changer profondément la nature de la dépense publique. Dès sa naissance, chaque individu est redevable des autres. Toute sa vie, s'il tombe malade, il bénéficiera du soutien financier de la collectivité ou des dépenses d'éducation. La dette sociale n'est rien d'autre que l'expression de la solidarité nationale. Cette vision positive de la dette met au premier plan le don solidaire, expurgé de la nécessité d'être quitte. La dette sociale ainsi définie résume le sentiment d'appartenir à un monde commun. C'est une toute autre musique qui est jouée dorénavant. La dette sociale est devenue négative. Placée sous le registre de l'échange contractuel, elle doit libérer les individus du lien qui les unit aux autres : ils doivent être quittes et en avoir pour leur argent. Avec sa monétisation, la dette devient une anomalie profonde. En la remboursant, on doit s'en débarrasser (Godbout, 2013, Chaniel, 2008, Le Lann et Lemoine, 2008, Zacklad, 2014). La recherche propose d'identifier la façon dont la conception de la dépense publique s'est modifiée aussi bien chez les gouvernants que chez les gouvernés.

On considère que l'évolution de la théorie économique et la domination d'une approche néoclassique renouvelée sur la théorie keynésienne a joué un rôle important (mais pas exclusif) sur cette « grande bifurcation » (Dumenil et Levy, 2014).

1.1 La fin du keynésianisme

Avec la crise des années 1970, les gouvernements occidentaux ont commencé par employer les instruments alors traditionnels contre le chômage. Ces outils keynésiens et notamment le recours à la dépense publique, qui avaient fait leur preuve pendant les trente glorieuses, n'ont pas enrayé l'aggravation de la crise économique et les gouvernements ont progressivement manifesté un changement d'opinion envers le keynésianisme. L'accusation d'inefficacité a laissé place à celle de responsabilité dans la crise et la théorie keynésienne et son plaidoyer en faveur de l'intervention de l'État ont été accusés d'aggraver la crise économique au lieu de la réduire. La théorie économique des anticipations rationnelles qui est considérée comme la critique la plus aboutie de la macroéconomie keynésienne n'est pas étrangère à cette conception partagée de la politique économique. En soutenant que les remèdes keynésiens sont non seulement stériles envers le chômage mais aussi nuisibles car générateurs d'inflation, elle a disqualifié durablement la théorie keynésienne traditionnelle. À partir des années 1970 et surtout dans les années 1980, le keynésianisme n'est plus un référentiel adéquat et un référentiel « marchand » va animer les politiques publiques.

La notion de référentiel, forgée par l'approche cognitive des politiques publiques permet, en insistant sur le rôle des idées dans les politiques publiques, de souligner que celles-ci se nourrissent d'un paradigme dominant qui peut être remis en cause à la suite d'anomalies persistantes. Quand les faiblesses du paradigme dominant deviennent des défaillances insurmontables, un nouveau paradigme s'installe, à l'image de la structure des révolutions scientifiques de T. Kuhn (Hall, 1993).

La notion de « référentiel marchand », pour caractériser la nouvelle époque, si elle est intuitive, est sans doute moins bien identifiée que celle de référentiel keynésien. Elle semble définie par défaut¹⁴. Si l'économie keynésienne insistait sur les échecs du marché (« market failure »), le nouveau paradigme va surligner les échecs de l'intervention publique (« state failure »). Dans ces conditions, pour différencier le nouveau référentiel, on pourrait employer également les qualificatifs « walrasien » ou « néoclassique » ou renvoyer à « l'économie de l'offre » dans la mesure où le référentiel marchand condamne fortement les politiques de la demande d'inspiration keynésienne.

L'important est de souligner le lien intime entre la notion de référentiel et le rôle des représentations dans la conduite des politiques publiques (Muller, 2000). Le référentiel fournit un « cadre d'interprétation du monde » qui impose une problématique pertinente et définit des modèles d'action. Le référentiel permet non seulement de s'accorder sur la façon de résoudre le problème mais aussi sur la définition du problème. Il diffuse ainsi une vision du monde légitimée, associant un régime des « bonnes » idées à celui des « bonnes politiques ».

1.2 Le passage d'un référentiel global à un référentiel sectoriel

Le nouveau référentiel, s'il affecte les politiques macroéconomiques globales, ne laisse pas indemnes les différents secteurs de l'économie. Le référentiel correspond, selon Pierre Muller, « *avant tout à une certaine vision de la place et du rôle du secteur concerné dans la société (...) le référentiel d'une politique est constitué d'un ensemble de prescriptions qui donne du sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs* ».

Le modèle du référentiel se décompose en 4 étages : valeurs, normes, algorithmes et images. Les valeurs sont peu discutées hors crise. Les normes sont des principes d'action qui donnent

¹⁴ On oppose un mécanisme de coordination, le marché, porté ou travaillé, à des degrés divers par une multitude d'auteurs (y compris Keynes), à une théorie que l'on peut mieux cerner par un seul auteur (Keynes) et ses partisans. Le terme marchand renvoie ici à l'efficacité des mécanismes du marché, par opposition à la nécessaire et irréductible intervention de l'État chez Keynes, indépendante d'un problème d'imperfection.

l'orientation générale de la politique publique (il faut que...). Elles définissent les écarts entre le réel perçu et le réel souhaité par les acteurs et servent de socle aux principes d'action. Les algorithmes développent des instruments sous la forme « si ...alors » (si les cotisations sociales baissent, alors la compétitivité s'accroît). Enfin, l'image est un raccourci cognitif véhiculant les étages supérieurs mais sans avoir à les déployer (le « trou de la Sécu » en est un exemple typique).

Le référentiel global déteint alors sur les référentiels sectoriels. Ainsi, la vision de L'Etat social¹⁵, qui relève de l'intervention publique évolue profondément. Associé au progrès social, améliorant le bien être des ouvriers, des salariés puis de l'ensemble des individus, l'État social et en particulier son pilier protection sociale est dorénavant remis en cause et dominé par une autre image. Le poids financier qu'il fait supporter à ses contributeurs lui vaut d'être sévèrement critiqué. L'existence d'un déficit public, valorisée comme instrument de relance à l'ère keynésienne est fortement condamnée en vertu de « la gestion en bon père de famille », même si cette comparaison peut paraître absurde car un père de famille ne dispose pas du capital d'un Etat et du même horizon temporel de solvabilité. La limitation des dépenses publiques devient impérative et fait office d'objectif de toute politique comme en témoigne l'arrivée de « ministres aux comptes de la sécurité sociale », selon l'expression de Palier (2002, p. 175). Le mot d'ordre est la diminution des prélèvements obligatoires, aussi bien le prélèvement fiscal que le prélèvement social. La protection sociale est alors intimée de faire une cure d'amaigrissement et les « poids lourds » de la protection sociale française que sont les retraites et la santé (près de 80% des dépenses du régime général à eux deux) subissent des réformes structurelles.

1.3 L'entreprise et la concurrence comme modèles pour la gestion publique

Le passage du référentiel global au référentiel sectoriel est assuré par l'argument financier qui va permettre de formater le problème à résoudre. Il va conduire à mettre en actes, les idées du référentiel marchand dans un secteur comme la santé ou l'éducation, sous tutelle publique, qui ne lui est *a priori* pas accueillant. En mettant en avant la chasse aux coûts ou la nocivité des déficits, le modèle de l'entreprise pénètre l'Etat. La spécificité de la gestion publique est relativisée quand les critères de bonne gestion viennent du secteur privé. L'extension de la culture du management à la sphère publique a uniformisé les systèmes de pensée. La spécificité du secteur public n'est alors plus une barrière naturelle à la pénétration de

¹⁵ Au sens large dépassant la protection sociale (Ramaux, 2012).

l'argumentaire marchand. Des institutions diverses comme l'hôpital, les universités, les tribunaux, etc. sont pensées avec les critères de l'entreprise. Avec cette réduction, il n'est plus besoin que d'une même gamme d'outil pour gérer cette catégorie désormais uniforme. Le « gouvernement entrepreneurial » va consacrer le principe universel de la concurrence qui définit la société néolibérale (Dardot et Laval, 2009). Les élites dirigeantes et les hauts fonctionnaires, qui circulent facilement de la direction des entreprises publiques à celle des entreprises privées, contribuent à cette uniformisation marchande des critères de bonne gouvernance.

La vision négative de la dépense publique se nourrit en effet de l'analogie organisée entre la décision politique et la décision de gestion. Bien gouverner est assimilé à bien gérer et les règles de bonne gestion sont supposées provenir du secteur privé. La nouvelle gestion publique considère qu'une bonne gestion traverse les secteurs juridiques car elle n'a pas de lieu ni de frontières. C'est en ce sens que les institutions publiques peuvent se concevoir comme des entreprises. Cette logique gestionnaire met au premier plan l'entreprise privée mais n'a pas besoin de transformer les institutions publiques pour en faire juridiquement des entreprises privées. L'hôpital, l'école ou le commissariat ne vendent pas un produit sur un marché. Par contre, ils doivent être gérés comme une entreprise privée.

Cette trajectoire de grande ampleur a changé radicalement la vision de la dépense publique, au-delà de la volonté affichée de la réduire. En invitant les organisations publiques et l'Etat lui-même à se gérer comme une entreprise et ses dirigeants à se penser en entrepreneur, on diffuse l'idée que la dépense publique n'a de légitimité que si elle est passée à la moulinette des règles du secteur privé. On cherche ainsi à occulter ce qui fait la singularité de la dépense publique et les choix politiques qui l'ont portée. La logique gestionnaire qui considère qu'une dépense est une dépense et ne peut avoir que pour seule motivation l'efficacité prépare plus aisément le terrain au remplacement d'une dépense publique par une dépense privée (en totalité ou en partie)

Considérer que dépense publique et dépense privée peuvent être jugées avec les mêmes critères, active la concurrence entre elles. La nouvelle gestion publique participe ainsi au nouveau rôle de l'Etat, consistant à promouvoir la concurrence. Mais cette concurrence est faussée. En faisant des règles de gestion du secteur privé, le référentiel de jugement de l'efficacité d'une dépense publique, on installe une façon de juger qui est dès le départ plus

favorable à la dépense privée qu'à la dépense publique. L'arbitre qui doit départager deux types de dépenses a déjà choisi son camp.

La volonté d'évacuer toute normativité de la dépense publique est liée à la prétention de neutralité de la logique gestionnaire. Elle s'accompagne alors d'une culture de résultat basée sur une série d'indicateurs statistiques et de raccourcis cognitifs visant à documenter la performance d'une dépense (Jany-Catrice, 2012). La logique de la performance, à laquelle est soumise la dépense publique fragilise sa légitimité. Elle ambitionne de rendre évident pour tous le discrédit de la dépense publique en mobilisant des chiffres ou des opinions partagées qui se donnent à lire comme des vérités scientifiques incontestables.

2. Les communautés épistémiques et la construction d'un modèle d'État social

Le contexte idéologique dans lequel se développent les idées n'est pas étranger à l'influence de certaines conceptions. Deux types de contributions doivent être soulignés : la science économique, productrice d'un langage et les institutions internationales, pourvoyeuses de chiffres et discours officiels véhiculant des valeurs et en particulier celles du marché.

2.1 L'autorité de la science économique conventionnelle

La science économique reste largement pénétrée par la puissance du marché et les manuels de microéconomie expliquent largement que la supériorité de l'économie de marché a été démontrée. Cependant, l'existence d'une approche standard de l'économie ne suffit pas à en faire la ressource primordiale des politiques. D'autant plus que la science économique se construit largement au travers d'un langage qui est peu accessible. On ne voit pas alors bien comment une science que personne ne lit et ne comprend peut à ce point guider les politiques économiques. Cette question – difficile – est celle de la performativité.

L'économie comme discipline (economics) modèle l'économie comme réalité (economy) (Callon, 1998). La théorie économique se transmet par certains canaux et influence les pratiques réelles des agents. La science économique est alors un cadre interprétatif général (Brisset, 2012). Cette interprétation est de nature conventionnelle. En fournissant un cadre interprétatif arbitraire (au sens où un autre cadre aurait été possible), la théorie économique fonctionne comme une convention. Elle est faite pour aller de soi et vise à naturaliser un phénomène qui n'a rien de naturel (la dépense publique est un problème). Cette théorie

conventionnelle diffuse une norme de représentation. La force de la convention est d'avoir convaincu que l'on ne peut pas penser la dépense publique (ou la dette publique) autrement que négativement. En détenant l'autorité symbolique la plus forte, elle parvient à faire l'opinion de la communauté scientifique. Mais la constitution d'un cadre commun d'interprétation n'est pas seulement une référence partagée par une communauté de chercheurs. En s'érigant au statut de loi de l'économie, elle a borné le champ des possibles. C'est à partir du monde possible construit par la théorie économique conventionnelle que vont se développer les politiques de réduction de la voilure de l'intervention publique.

Dans cette perspective, la façon de concevoir les individus a une grande influence sur l'élaboration des politiques publiques. La définition univoque et réductrice de l'individu, cantonné en théorie économique standard, à un statut de calculateur opportuniste n'est pas neutre car elle oriente la façon de résoudre les problèmes économiques en s'adressant prioritairement aux intérêts égoïstes des individus. Les modèles économiques ne peuvent donc pas être uniquement pensés comme des photographies de la réalité mais comme des mises en forme de celle-ci (Garcia-Parpet, 1996). C'est pourquoi, le formatage des esprits se traduit dans les faits. Les représentations théoriques influencent donc fortement le réel quand les agents vont mobiliser le modèle du marché et s'en servent comme support d'interprétation ou appui cognitif. Le discours savant a la capacité de produire des comportements, et des réactions à ces comportements, qui valident *ex post* cette façon de juger. *Les prophéties* deviennent alors auto-réalisatrices (Ventelou, 2001, 2002). L'encadré ci-dessous donne un exemple dans le cas de l'économie de la santé.

Encadré 2.1.: L'exemple de l'économie de la santé

De façon paradoxale, l'économie de la santé est d'un soutien plus efficace pour la politique publique depuis qu'elle n'est plus reliée à l'administration. En s'affranchissant de la tutelle et de la commande publique et en produisant ses propres schèmes¹⁶, elle fournit une caution scientifique plus crédible pour le développement du référentiel marchand. Quand l'économie de la santé¹⁷ présente la hausse de la dépense de santé (surtout socialisée) comme une

¹⁶ Qui peuvent d'ailleurs dorénavant aller à l'encontre de ceux de l'administration. L'autonomisation de l'économie de la santé, sa « lente sortie de l'expertise des espaces bureaucratiques », sa professionnalisation en phase avec l'évolution de l'ensemble de la science économique n'empêchent pas l'existence d'une cohabitation avec un contexte social (Benamouzig, 2005).

¹⁷ Il va de soi que l'économie de la santé n'est pas une armée qui ne défend qu'un seul point de vue. La généralisation est donc abusive et ne rend pas justice aux sensibilités différentes. On veut cependant mettre en avant l'opinion majoritaire qui est présentée comme constituant « le » discours des économistes de la santé.

mauvaise nouvelle, minimisant la portée de la notion de bien supérieur par exemple, ou quand elle juge la hausse des recettes de Sécurité sociale comme une mauvaise solution, elle valide l'orientation de la politique publique. L'inscription de l'expertise médicale dans une économie de la santé, s'affichant en tant que science (économique), illustre un processus de « force des liens faibles ». La distance prise avec l'administration et les études uniquement empiriques est allée de pair avec l'insertion de l'économie de la santé dans un corpus théorique d'obédience néoclassique. L'apport de l'économie de la santé a été d'adapter de façon convaincante le métalangage de l'économie aux spécificités de la santé. Le secteur de la santé n'échappe ainsi pas à une conception essentiellement marchande des interactions sociales qui se veut naturelle en se basant sur une anthropologie mettant en avant les comportements stratégiques (étalonnés en dividendes informationnels). Le mot d'ordre généralisé est de traquer les rentes abusives des acteurs pour qu'un euro dépensé soit efficace et non pas source de gaspillage.

Les notions phares de la microéconomie de la santé servent de points d'appui aux politiques publiques (Serré, 1999): l'effet d'induction (où les producteurs ont la capacité de créer une demande artificielle) sert (ou servait) de justification scientifique aux politiques de rationnement de l'offre (numerus clausus par exemple). Le concept d'aléa moral, établissant un pont entre socialisation des dépenses et comportement de surconsommation, est la caution théorique aux politiques de déremboursement (Batifoulier, 2015). La nouvelle tarification hospitalière se nourrit de la notion de concurrence fictive, développée notamment dans un rapport du CAE (Mougeot, 1999) et venant de la théorie de l'agence. L'économie de la santé devient le porteur du projet concurrentiel en santé. La professionnalisation académique des économistes de la santé conduit à donner du poids à leurs thèses politiques (Benamouzig, 2009). La notion de concurrence, ainsi travaillée et sanctifiée par cette expertise scientifique, devient l'alpha et l'oméga de la réforme en santé. Ces conceptions théoriques, élaborant un modèle d'acteur en santé en phase avec la théorie du choix rationnel et se diffusant à la fabrique des politiques économiques, reposent pourtant sur des fondements scientifiques réfutables. Ce cadrage de la situation porte un discours sur la réforme. Le « sens commun réformateur » est alors véhiculé par des institutions légitimes au regard de l'objectif poursuivi. Alors que l'OMS est tombée en disgrâce car sa doctrine (le meilleur état de santé possible) ne correspond plus au nouveau mot d'ordre, des interlocuteurs nouveaux dans le champ de la santé apparaissent : l'OCDE mais aussi la banque mondiale (Serré et Pierru, 2001, Pierru, 2007). Fort d'un critère unique fournissant un cadre d'interprétation des performances des

systèmes de santé, des pays comme le Royaume-Uni ou les Etats-Unis vont devenir des modèles¹⁸. Au total, la production jointe de modèles et d'argumentaires justifiables, par l'économie de la santé et les organismes internationaux dans le cadre de « communautés épistémiques », auxquels il faudrait ajouter les nouveaux critères du management public forgent un châssis intellectuel plaidant pour une représentation marchande du système de santé et fabriquant les outils de la réforme. Cependant, ce châssis n'est pas celui d'un marché pur et la théorie des marchés ne peut être plaquée directement sur un secteur spécifique comme la santé.

La notion de performativité de la théorie économique vient des travaux d'Austin selon lequel, le langage ne se contente pas de dire des choses, il fait des choses. Il a le pouvoir de faire exister cela même dont on parle comme le maire qui dit « je vous déclare mari et femme ». Cette efficacité de la parole est un effet illocutoire.

On peut considérer également qu'il existe des conditions sociales de performativité du discours (Lebaron, 2010). Pour que la théorie construise le monde à son image, il faut davantage que l'inscription dans les jeux de langage de la science économique. L'acte perlocutoire a besoin de circonstances qui le font advenir (Butler, 2010). L'interprétation néoclassique a obtenu une position dominante parce qu'elle est en phase avec la position des dominants.

Le fait que la crise économique ait montré que les économistes se trompent (en particulier sur l'existence de marchés financiers efficaces) ne change rien dans l'autorité du discours de l'économie conventionnelle. Les économistes ne font pas qu'avoir des idées fausses, ils changent le monde. L'enjeu est en effet considérable du fait de la place démesurée qu'occupe l'expertise économique aujourd'hui : une position privilégiée auprès des décideurs et de l'opinion publique. Gage de scientificité, l'énoncé économique a une force en soi et fait autorité. « L'opinion de la faculté » est souvent recherchée du côté de l'économie. On va donc justifier des politiques qui vont profondément changer la vie des gens au nom de la vérité économique.

¹⁸ Ainsi les États-Unis, dont on reconnaît largement l'échec du système de santé, présente une très bonne performance au regard de son très faible taux de dépenses publiques de santé. Mais c'est le *National Health Service* britannique qui est exemplaire pour l'OCDE car, il arrive à endiguer la croissance des dépenses de santé en % du PIB dans un cadre beveridgien. Plus généralement, les indicateurs de « performance » construits par l'OCDE disqualifient les systèmes bismarckiens comme la France. Ce classement érige le système libéral anglo-saxon comme modèle d'administration de la santé alors que sa faible faculté à éloigner les individus des aléas du marché lui donne de faibles scores de « démarchandisation » (Esping-Andersen, 1991).

Le recours à l'expertise économique n'est pas un problème en soi. Elle le devient quand elle est à sens unique. Elle est très dangereuse quand un seul courant de pensée peut s'exprimer au nom de l'ensemble des économistes, quand une seule façon de faire de l'économie se présente comme incontournable, quand la diversité intellectuelle est devenue une tare et non un atout, quand les approches valorisant l'Etat ou la dépense publique sont qualifiées de « négationnistes ».

C'est précisément ce qui se passe en sciences économiques. Il existe un courant dominant (appelé « économie standard » ou « mainstream ») qui s'applique à verrouiller tous les énoncés qui pourraient organiser la concurrence des idées au sein de l'économie. Ce sont donc les énoncés de l'économie dominante qui ont pignon sur rue et conduisent si souvent à dire qu'il n'y a pas d'autres alternatives. En étouffant le pluralisme des idées, on prive le citoyen du débat auquel il a droit. C'est en particulier le cas pour le débat sur la dépense publique.

L'économie standard qui n'avait pas vu venir la crise de 2008 a, quelques années plus tard, justifié les politiques d'austérité au nom de la maîtrise indispensable des déficits et dettes publics. La science a parlé : il allait de soi qu'une « bonne » politique économique passait par des coupes dans les dépenses publiques. Comme les médecins de Molière, les économistes standards forts de leur hégémonie ont recommandée la saignée dans la dépense publique. Les dépenses publiques d'éducation et de santé qui n'avaient pas trop souffert de la crise ont été largement sacrifiées par les cures d'austérité (IRES, 2014). Au nom de la réduction de la dette, on a présenté la saignée comme un mal nécessaire. Ce mal est jugé tellement nécessaire que l'on en oublie le mal. La force de l'expertise économique est même allée jusqu'à rendre inutile la consultation de la population sur la politique à mener. La Grèce devient le symbole de la primauté de l'expert en économie sur la démocratie (Burgi, 2014). La vérité économique n'a en effet nul besoin de l'avis de la population. Le gouvernement Papandréou a dû démissionner pour avoir dit qu'il voulait un référendum alors que le gouvernement Tsipras a été vertement sermonné pour en avoir organisé un. On sait pourtant ce qu'il est advenu des saignées administrées : il n'y a plus de vaccins pour les enfants et la malaria est de retour en Grèce. Les dégâts sont considérables : développement de la pauvreté, de l'insécurité sociale et de la précarité mais aussi des décès car l'austérité tue (nous y reviendrons plus loin). Les principes actifs de ces théories économiques peuvent entraîner la mort, lorsqu'ils sont appliqués sur le tissu social. Quand ils n'ont pas rempli les cimetières du fait de l'augmentation des suicides, les victimes de l'austérité ont trouvé refuge dans les hôpitaux qui ont dû soigner plus avec moins. Bien entendu, face à la gravité de la situation, les Diafoirus de

l'économie ont dû admettre qu'ils s'étaient trompés dans leurs calculs. Mais le mal est fait. La dette publique grecque a augmenté de 165 % en 2011 ! Un pays ne peut pas rembourser ses dettes quand sa population s'appauvrit. Les experts du FMI ont admis qu'ils s'étaient trompés. Si les citoyens européens sont sollicités pour payer la dette, ils seront en droit de demander des comptes à ces économistes de profession qui font de la réduction de la dépense publique l'alpha et l'Omega de la sortie de crise.

Tout ça aurait pu être facilement évité. On sait depuis longtemps que les marchés ne sont pas efficaces et que la baisse de la dépense publique peut être nocive pour la prospérité économique et sociale. De nombreuses traditions de pensée en économie l'ont largement documenté, argumenté et testé comme on le montrera dans les chapitres suivants.

On croyait révolu le temps où un économiste avait été mis au ban de la communauté pour avoir émis l'hypothèse que réduire le niveau de vie d'un pays pour qu'il rembourse ses dettes est stupide. Il s'agissait de Keynes au sujet du traité de Versailles et des conséquences économiques de la paix. Depuis 1919, on a compris l'utilité sociale des dépenses publiques et pensé autrement. L'expertise économique était bien plus riche qu'elle ne l'est aujourd'hui.

La conception dominante devient naturelle quand elle se présente comme une vérité scientifique éprouvée... par les économistes. Elle devient hégémonique car les traditions de pensée concurrentes à l'approche dominante ont disparu du lieu privilégié où elles s'exprimaient : l'université. Au sein des universités françaises, il n'existe plus de courant keynésien, de courant marxiste ou institutionnaliste qui soutiennent la dépense publique et étayaient la nécessité de la maintenir à un niveau soutenu. La diversité intellectuelle a disparu et avec elle tout ce qui pouvait animer le débat public et étayer d'autres propositions de politique économique.

En économie le courant dominant ne l'est pas par la force de ses idées dont on a vu qu'elles étaient hautement contestables. Il l'est par la position de monopole qu'il a acquis en privant tous les autres courants d'espace d'expression. Il l'est parce qu'il a verrouillé toutes les positions institutionnelles pouvant légitimer une expression hétérodoxe. Il l'est parce qu'il a organisé la mort de la pensée critique (Batifoulier et al., 2015)¹⁹.

¹⁹ Voir aussi (<http://assoekonomiepolitique.org/>)

2.2 La pensée européenne

Les économistes libéraux n'ont de cesse de promouvoir la concurrence mais pas celle des idées ! Le dénigrement de la dépense publique et la promotion concomitante du marché et de la concurrence se construit paradoxalement sur le refus de la concurrence des idées du fait du verrouillage institutionnel de la science économique.

À côté de cette légitimation scientifique, la mise en forme de la réalité a également besoin de repères chiffrés, permettant de séparer l'important du secondaire en hiérarchisant les objectifs. La politique du chiffre est un vecteur primordial de ce cadrage de la situation. La mise en nombre des mots n'est pas anodine puisqu'elle permet de séparer ce qui vaut de ce qui ne vaut pas ou moins et d'opérer par des conventions, des choix entre ce qui compte et sur la manière de le compter (Desrosières, 2003 ; Eymard-Duvernay, 2004). Le formatage chiffré du problème nécessite aussi de définir les bons chiffres. Ce bridage du problème dans les termes d'une « crise fiscale » (Keaney, 2002), mettant en avant le thème des « prélèvements insupportables », ne conduit pas seulement à penser les questions en termes de performance économique mais aussi de concevoir leur résolution.

Ce formatage s'appuie sur des relais efficaces et des « locuteurs autorisés » (Lordon, 1999) comme la commission européenne²⁰ mais aussi les hauts fonctionnaires convaincus de l'inefficacité des politiques keynésiennes. Les valeurs marchandes sont installées au sein même de l'Union Européenne et l'administration qui a une longévité en général plus grande que celle des décideurs politiques, va appuyer une vision partielle et partielle des problèmes en diffusant des normes d'action. L'émergence du référentiel marchand d'action publique n'est cependant pas une production de cette seule puissance européenne. Mais il accompagne et conforte certains forums, qui à la fois relaient le nouveau référentiel mais aussi le nourrissent.

La pensée européenne, avec l'institution de l'Union Economique et Monétaire et les critères de convergence, va également beaucoup faire pour fortifier cette trajectoire intellectuelle. Dès la fin du vingtième siècle, l'Union Européenne va fournir des répertoires d'actions auxquels les gouvernements devront se conformer (Surel, 2000 ; Jobert, 2003). Les pays contrevenant s'exposent alors au reproche de « mauvais élève », incapable « d'assainir » leur État social.

²⁰ « Le fait que les réformes sociales des trente dernières années aient été régies principalement par des considérations financières peut être associé, plus ou moins directement, à l'institution du marché et de la monnaie unique dans l'Union européenne, via le jeu de politiques d'inspiration néo-libérale. Ce marché et cette monnaie unique ne sortent pas du chapeau d'un magicien, ce sont des constructions politiques et sociales qui renvoient à des choix politiques internes » (Barbier et Théret, 2004, p. 4).

Un gouvernement est reconnu performant par ses pairs s'il résout certains problèmes jugés importants comme la baisse des déficits publics.

Avec la monnaie unique et les critères de convergence du *traité de Maastricht* (1992) qui conduiront, en 1999, à la monnaie unique, les déficits publics vont se voir imposer des normes arbitraires de plus en plus contraignantes²¹. Les déficits publics devront demeurer inférieurs au seuil de 3% PIB, seul principe pouvant donner lieu à sanctions jusqu'à 2011. La crise financière de 2007-2008 et l'envolée des dettes publiques des États membres ont revigoré la doctrine du plafond de 60% PIB prévu par le traité. Le Conseil européen du 9 décembre 2011 a ainsi instauré davantage de discipline budgétaire dans la zone euro, avec le « Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire », plusieurs fois amendé notamment par le nouveau traité entré en vigueur le 1er janvier 2013. La solution intergouvernementale est préférée à la voie communautaire, un traité ne sera plus ratifié par la totalité des États pour pouvoir entrer en vigueur, mais s'appliquera qu'aux seuls États l'ayant ratifié. De plus les modifications successives du traité ont élargi le domaine d'intervention de la Commission Européenne aux domaines sociaux et budgétaires qui relevaient jusqu'alors de la compétence des États (principes de subsidiarité). La gouvernance économique européenne mettra alors en place une surveillance continue des budgets, des déséquilibres économiques et des réformes structurelles des États membres, les déposant d'une partie de leur souveraineté.

Ces évolutions renforcent la gouvernance européenne et contribuent à « libérer les États membres du problème de la souveraineté nationale (Mario Draghi, Wall Street Journal, 23 février 2012).

L'influence européenne s'est aussi faite en imposant une séparation entre l'économique et le social, traçant les frontières de ce qui doit être donné ou rendu à la concurrence. Cette distinction va permettre d'identifier comme marchands, car économiques certains domaines

²¹ Quatre critères de convergence, alors non-contraignant, conditionnent pour chaque État membre la possibilité d'intégrer l'union monétaire :

1. Stabilité des prix : le taux d'inflation d'un État membre donné ne doit pas dépasser de plus de 1,5 point celui des trois États membres présentant les meilleurs résultats en matière de stabilité des prix.

2. Situation des finances publiques :

a. Interdiction d'avoir un déficit public annuel supérieur à 3 % du PIB.

b. Interdiction d'avoir une dette publique supérieure à 60 % du PIB.

3. Taux de change : interdiction de dévaluer sa monnaie ;

4. Taux d'intérêt à long terme : ils ne doivent pas excéder de plus de 2 % ceux des trois États membres présentant les meilleurs résultats en matière de stabilité des prix.

Un dépassement « exceptionnel et temporaire » est autorisé à partir de 2005.

de la santé. Ainsi, le plaidoyer de la commission européenne pour « soumettre aux règles normales de la concurrence », l'ensemble de la protection sociale complémentaire qui relève d'un « service marchand » car sur la base du volontariat, peut être interprété dans ce sens²².

Cette perspective négative doit beaucoup au droit communautaire et au dogme de la « concurrence libre et non faussée ». Le développement d'une approche punitive de la solidarité a conduit à mettre sur pied une police du marché traquant toutes les différences pour imposer la norme de la concurrence (Salais, 2013). Cette conception n'est pas propice au développement de la dépense publique ni à la diversité des institutions. Cette concurrence prédatrice fabrique paradoxalement des monopoles. Elle conduit à des disparitions, fusions ou acquisitions qui sont particulièrement importantes dans le secteur de l'assurance santé privé. La concentration des mutuelles entre elles n'a pas suffi à lutter contre le dogme concurrentiel. Elles ont du aussi faire alliance avec les opérateurs lucratifs, pour mettre en commun des plates-formes téléphoniques ou des systèmes d'information, pour développer des activités dans le domaine de la banque avec l'assurance vie ou encore en diversifiant les polices d'assurance pour attirer de nouveaux clients (stratégies tarifaires *low cost*) ou fidéliser les autres avec le conventionnement mutualistes).

Cette démarche de désinstitutionnalisation des régimes de protection sociale s'inscrit dans le long terme. Cette « nouvelle forme de gouvernementalité » qui consiste à assujettir toute la vie sociale et la sphère publique, y compris l'état, aux mécanismes de marché, fut soulignée par Michel Foucault en 1979, dans son cours au collège de France (Foucault, 2004).

3. De l'apparente neutralité des discours à la « nécessité » de la réforme

Il est possible de mesurer l'homogénéité de ce discours dans l'espace public par l'hétérogénéité de ses défenseurs : économistes académiques, responsables politiques, médias (audio, visuel, écrit), experts, *think tank*, syndicats, etc. Que cela soit pour des raisons morales (promotion de la valeur travail, rejet de l'assistance ou de l'assistanat, etc.) ou économiques (recherche rationnelle d'efficacité), la cause serait entendue et il suffirait désormais de faire œuvre de pédagogie. Autrement dit, toute personne guidée par la raison ne peut que souscrire

²² Dans une lettre adressée au gouvernement français en 2001, la commission recommande de ne pas soumettre à la taxe de 7% les assurances privées quand les autres organismes complémentaires (mutuelles en particulier) en sont exonérés.

à l'analyse précédente – d'où l'impérieuse nécessité d'éduquer en enseignant les causes objectives de la réforme.

3.1 Les méthodes rhétoriques du discours réformateur

Pour ce faire (présenter l'évidence et la diffuser), le discours critiquant la pertinence de la dépense publique utilise deux méthodes rhétoriques principales :

- L'usage de statistiques pour démontrer la pertinence de l'analyse – celle-ci relevant d'une vérité objective et indiscutable. Il s'agit de s'inscrire dans le registre de la science pour s'exonérer des critiques politiques jugées impures (idéologiques, partisans, etc.). On dira par exemple qu'avec un taux d'endettement public de plus de 100% du PIB – près de 2 000 milliards d'euros ! –, il est inconcevable d'augmenter le point d'indice des fonctionnaires et/ou leur nombre.

- L'usage d'un langage spécifique cherchant à s'appuyer sur un sens commun connu de tous. Il s'agit, en choisissant un vocabulaire d'apparence neutre ou simplement descriptif, de présenter un fait de façon à y voir instantanément et systématiquement les effets négatifs de la dépense publique. On dira par exemple que les entreprises « croulent » sous les « charges » sociales – ce qui signifie implicitement, et sans que l'argumentaire soit exhaustivement déployé, que des conséquences négatives sont associées (réduction de l'investissement, des exportations, de la croissance, de l'emploi, etc.). Tout comme les conventions statistiques, les conventions langagières agissent comme un raccourci cognitif qui permet de dire beaucoup en énonçant peu.

Parfois ces deux méthodes rhétoriques se conjuguent pour des effets de persuasion démultipliés. Par exemple, les détracteurs de la dépense publique diront que les enfants français sont redevables dès leur naissance de près de 30 000 €, en raison du poids de la dette publique. Autre exemple, pour condamner le niveau des prélèvements obligatoire on dira qu'en France, ce n'est qu'à partir du 27 juillet que l'on commence à travailler pour soi – et non pour l'ogre public, décidément trop dispendieux.

L'évidence de l'analyse, appuyée sur de solides arguments statistiques et des formulations opportunes, conduit inmanquablement à en déduire la réforme de l'action publique. Il faut insister sur la nature de l'opération dont il est question : la déduction logique – et non la préférence ou l'arbitraire. Les discours réformateurs s'appuient sur des évidences naturelles

conduisant à des réformes rationnelles. La réforme est alors légitimée sans recours à un choix politique :

- Il faut dépenser moins : il s'agit de réduire les dépenses publiques pour laisser faire le marché. Par exemple : promouvoir l'assurance santé complémentaire pour alléger le « trou de la sécu », et inciter aux comportements vertueux ; faire payer les droits d'inscription à l'université publique.

- Il faut dépenser mieux : il s'agit d'introduire la rationalité entrepreneuriale (marchande) dans l'espace public par le moyen d'outils incitatifs (paiement à la performance) mais aussi, plus simplement, d'objectifs quantifiés. Par exemple : le paiement à la performance médicale pour contrer les tire-au-flanc et les rentes informationnelles ; faire payer le patient (nécessairement) fraudeur (par intérêt économique ou absence de moralité).

A niveau plus général, les discours sur la réforme légitiment la politique de désinflation compétitive qui trouve sa traduction la plus claire avec les critères de convergence prévus dans le traité de Maastricht. Les Etats signataires s'engagent sur leur politique de change (pas de dévaluation)²³, le niveau de l'inflation (au maximum 1.5 fois celle des trois meilleurs Etats), le niveau de leur taux d'intérêt à long terme (au maximum 2 point de plus que les trois meilleurs Etats) et sur leur finance publique (3% de déficit et 60% d'endettement maximums). Ces objectifs impliquent pour être atteints une déclinaison la réforme de la dépense publique (moins ou mieux) dans toutes les politiques sectorielles. Il y a ainsi une forte cohérence générale du discours réformateurs sur la dépense publique.

Comme le détective qui s'appuie sur des preuves matérielles irréfutables pour désigner le responsable d'un crime, le discours réformateur prétend s'appuyer sur le registre de la science lorsqu'il donne à la dépense publique le rôle de coupable idéal.

3.2 Trois critiques sur le discours réformateur

La thèse défendue ici est que les méthodes rhétoriques utilisées par le discours réformateur – les statistiques et le langage – sont de nature conventionnelle. Bien qu'il se présente comme le fruit d'une déduction logique propre à la méthode scientifique, le discours réformateur n'en

²³ Engagement rendu caduc par le passage à la monnaie unique.

n'est pas moins une construction sociale qui, intentionnellement ou non²⁴, se fonde sur une vision du monde plutôt qu'une autre.

Nous proposons ici une critique du discours réformateur permettant de mettre en évidence la nature conventionnelle des arguments avancés. L'idée est de laisser de côté, pour l'instant, l'analyse théorique et empirique de ces conventions afin de nous concentrer la dénaturalisation du discours réformateur. Pour se convaincre de la part d'arbitraire de ce discours et de ses conventions, il est possible d'en dresser trois critiques – ces critiques impliquant nécessairement la remise en cause des « vérités » statistiques et langagières.

D'une part, les théories économiques défendues par les conventions utilisées sont très largement critiquables. L'argument statistique qui était censé prouver la véracité de la théorie ne peut pas assumer son rôle dès lors qu'il existe un débat théorique – et il existe ! D'autre part, au-delà même des controverses théoriques, la nature conventionnelle du discours réformateur se donne à voir par la médiocrité des résultats empiriques qui en sont issus. Puisque les théories ont des résultats empiriques contestables, les arguments statistiques et langagiers sont nécessairement contestables. Enfin, la perspective historique permet de rendre compte des évolutions de la « norme du vrai » : ce qui est aujourd'hui présenté comme une évidence ne l'a pas toujours été²⁵, ce qui implique une diversité possible des visions du monde.

3.2.1 Des arguments de théorie économique contestables

Le premier argument permettant de dénaturiser le discours réformateur porte sur l'incapacité de trouver un consensus de la théorie économique sur ce qu'il convient de faire (quelle que soit la circonstance)²⁶. Malgré une démarche scientifique certaine, en sciences sociale, et en économie plus particulièrement, il n'y a pas de vérité immanente. Les conventions statistiques

²⁴ Evidemment, tout discours dominateur a intérêt à se présenter comme une vérité naturelle et non comme un produit politique s'il veut préserver au mieux ses chances de poursuivre sa domination.

²⁵ Il faut ajouter que l'évolution de la « norme du vrai » ne peut pas être attribuée au progrès scientifique. Ainsi, on peut noter que ce qui est vrai aujourd'hui ne l'a pas toujours été et il l'a déjà été ! Par exemple, l'attention portée au déficit de la sécurité sociale n'est pas neuve : elle est aussi vieille que l'institution. A quelques exceptions près, les arguments (à charge ou à décharge) n'évoluent pas ce qui indique qu'il faut rechercher ailleurs que dans la science les causes de la mise à l'agenda politique du déficit de la sécurité sociale.

²⁶ Notons une difficulté supplémentaire : si la discours réformateur est essentiellement à consonance économique, il ne se rattache que très imparfaitement à des théories économiques. La plus part du temps diverses théories sont convoquées pour défendre un point de vue similaire alors que le cadre d'analyse pertinent n'est absolument pas le même. Pour l'instant, nous mettons de côté ce problème de passage de la théorie au discours économique.

et langagières du discours réformateur sont censées prouver et illustrer une vérité économique qui n'existe pas dans la mesure où elle fait débat. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas de connaissance économique mais plutôt que ces connaissances ne peuvent prétendre au statut de loi – sur le modèle des sciences de la nature. Or, le rôle majeur des conventions statistiques et langagières est d'étouffer le débat économique en présentant comme des évidences des faits et/ou des causalités qui ne le sont pas.

Prenons l'exemple de la dette publique. Le débat fait souvent référence au poids important de la dette publique, près de 100% du PIB. Cette situation poserait de nombreux problèmes : incertitude à honorer le remboursement de la dette, charge importante du service de la dette (au détriment d'autres postes de dépense), ce serait le témoin du gaspillage d'argent public (mauvaise gestion), hausse des taux d'intérêt pour emprunter sur les marchés, etc. Si cette vision de la dette a sa part de légitimité, elle occulte un nombre important de questions qui peuvent remettre en cause la pertinence d'une politique économique fondée sur le désendettement public

- On ne sait pas ce que signifie la dette publique : il est peu pertinent de comparer un flux annuel (PIB) à un stock (dette) sans prendre en compte l'échéance de la dette et l'évolution des flux futurs. Pour prendre un exemple simple, si on tient à comparer la situation de l'Etat à celle d'un ménage, qui s'inquiéterait d'avoir une dette représentant 100% des revenus de l'année ? Par exemple, cela reviendrait à s'inquiéter de ne gagner que 30 000 euros par an pour s'acquitter d'une dette de 100 000 euros sur 25 ans...La médiatisation d'une dette publique qui atteint 100 % du PIB contribue à créer un climat péjoratif sur la dépense publique. Or, ces 100 % ne signifient pas que la dette est un problème si l'Etat concerné est capable d'assurer les remboursements et si les dépenses liées à cette dette ont contribué à créer de la richesse ou une meilleure qualité de vie. La dette ne signifie pas qu'il faut rembourser le capital emprunté en une seule fois. Le propre d'une dette est bien de pouvoir financer ce que l'on ne peut pas payer en une seule fois.

- La dette n'est pas légitime : de nombreux travaux montrent qu'une part importante des dettes publiques peut être considérée comme des dettes « honteuses » ou « illégitimes ». Parmi les arguments avancés on peut en retenir deux. Le premier argument repose sur la remise en cause des taux d'intérêts pratiqués par les marchés financiers – en désadéquation avec celui de la Banque centrale. Le second argument porte sur la remise en cause de la politique fiscale depuis les années 1970-1980 qui ont contribué à assécher les recettes fiscales.

Plus largement, la dette est un rapport de force qui n'attend que d'être remis à plat (CAC, 2014).

- La dette peut avoir des effets bénéfiques: dans une optique keynésienne l'endettement permet de soutenir la demande agrégée et de hausser l'équilibre de l'économie (à un niveau de plein emploi). Notons que si les théories de la désinflation compétitive remettent en cause ce mécanisme, c'est en raison du développement du libre-échange et de la libéralisation financière. Or, il s'agit là encore de politique économique décidée et non d'une vérité a-historique et irréversible. Dans un autre registre, la dépense publique à l'origine de l'endettement peut aussi se lire comme un investissement en biens d'équipements publics – indispensables au développement. Le mot d'ordre actuel de réduction de la dette par des politiques d'austérité aggrave la crise, déprime l'activité et accélère le chômage, ce qui creuse la dette. En effet, la dette est le fruit des politiques économiques. La dette publique en France a augmenté de 30 points depuis 2007 (de 65 % du PIB à 95 %) du fait de l'anomie du PIB et des richesses créées, en raison de la crise mais aussi par les politiques qui visent délibérément à réduire les recettes de l'Etat sous forme de réductions d'impôt principalement. Le poids de la dette augmente mécaniquement par l'organisation de la privation volontaire de recettes publiques.

- La focalisation du débat sur la dette publique oublie la dette privée. Or, la dette d'un Etat additionne les deux types de dettes. L'endettement privé peut être aussi préoccupant que l'endettement public. Ainsi, le marasme espagnol n'est pas du à la dette publique (40 % du PIB en 2008) mais au fort endettement privé (130 %).

Avec cet œil neuf sur la dette publique, on peut se demander s'il est toujours aussi pertinent de conduire la politique économique uniquement autour des critères de 3% de déficit (voir encadré 2.1) et de 60% de dette publique. Il ne s'agit pas de dire que ces critères et les théories qui les sous-tendent n'ont pas leur rationalité mais, plus modestement, qu'ils sont loin d'épuiser le débat sur la dette publique. Il n'y a rien de naturel et de scientifique à dire que cette dernière est élevée et qu'il faut la réduire. Au monde théoriquement plat que nous propose le discours réformateur, il paraît nécessaire de donner plus de profondeur.

Encadré 2.2 : La convention des 3%

Si aujourd'hui le critère de 3% de déficit public est une convention statistique solidement ancrée, l'attention à ses « origines obscures » permet de remettre en cause radicalement sa prétention à la scientificité. En effet, selon l'économiste Guy Abeille, chargé de mission à la

Direction du Budget du ministère des Finances au moment des faits, le choix de cet indicateur aujourd'hui sacralisé relève d'une décision de « coin de table » :

« On a imaginé ce chiffre de 3 % en moins d'une heure, il est né sur un coin de table, sans aucune réflexion théorique. C'était un soir de mai 1981. Pierre Bilger, le directeur du budget de l'époque, nous a convoqués avec Roland de Villepin [cousin de Dominique]. Il nous a dit : Mitterrand veut qu'on lui fournisse rapidement une règle facile, qui sonne économiste et puisse être opposée aux ministres qui défilaient dans son bureau pour lui réclamer de l'argent. (...) On allait vers les 100 milliards de francs de déficit, ça représentait plus de 2 % de déficit. 1 % ? On a éliminé ce chiffre, impossible à atteindre. 2 % ? Cela nous mettait trop sous pression. 3 % ? C'est un bon chiffre, un chiffre qui a traversé les époques, cela faisait penser à la Trinité. Mitterrand voulait une norme, on la lui a donnée. (...) Plus tard, cette référence sera théorisée par des économistes et reprise dans le traité de Maastricht, devenant un des critères pour pouvoir intégrer la zone euro. (...) A l'époque, c'était quelque chose d'anodin. Mais la bête est sortie de sa boîte et ça nous a échappé. » (Le Monde Diplomatique, octobre, 2014).

Malgré ces origines particulièrement contestables, la convention des 3% est aujourd'hui une règle gravée dans le marbre des traités européens (Traité de Maastricht, Traité de Nice, Traité de Lisbonne, Traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance, etc.). Cette convention légitime aujourd'hui encore les politiques d'austérité tant en France que dans le reste de l'Europe.

3.2.2 Des résultats empiriques douteux

Une seconde stratégie pour dénaturiser les conventions statistiques et langagières du discours réformateur consiste à montrer les résultats empiriques médiocres des politiques publiques qu'elles inspirent. Dès lors, si les théories économiques ne sont pas totalement justes, les arguments statistiques et langagiers qui avaient servi à légitimer la politique publique ne peuvent prétendre à dire une vérité univoque.

Dans le cas de la politique de désinflation compétitive, il n'est pas nécessaire d'argumenter longuement pour démontrer à quel point elle n'a pas été à la hauteur de ses ambitions. Prenons l'évolution des deux principaux indicateurs macroéconomiques depuis la signature

du traité de Maastricht²⁷ : le chômage et la croissance (Tableau 2.1). Dans les deux cas, après (au moins) 20 ans d'expérience, les indicateurs macroéconomiques n'évoluent pas de manière significative. Il serait aisé de multiplier les exemples d'échecs de cette politique (inégalités sociales, stagnation des salaires, dégradation des comptes publics, balance commerciale, etc.) mais, il s'agit désormais d'un lieu commun qu'il n'est pas nécessaire d'approfondir. Au total, il n'y a donc pas de grand risque à dire que, malgré sa prétention à dire le vrai à partir de nombreuses conventions statistiques et langagières, la politique de désinflation compétitive est un échec majeur en ce qui concerne la diminution du chômage et l'accélération de la croissance.

Tableau 2.1 : Croissance et taux de chômage (au sens du BIT) en France

	Croissance en volume	Taux de chômage
1992	1,6	8,6
1993	-0,6	9,6
1994	2,3	10,2
1995	2,1	9,6
1996	1,4	10,1
1997	2,3	10,3
1998	3,6	9,9
1999	3,4	9,6
2000	3,9	8,1
2001	2,0	7,4
2002	1,1	7,5
2003	0,8	8,1
2004	2,8	8,5
2005	1,6	8,4

²⁷ Il est possible de faire remonter la politique de désinflation compétitive en France bien avant la date de 1992 (au moins 1983, par exemple) mais, c'est à ce moment-là qu'elle s'axiomatise dans des traités ayant force de droit.

2006	2,4	7,7
2007	2,4	7,1
2008	0,2	8,7
2009	-2,9	8,9
2010	2,0	8,8
2011	2,1	9,4
2012	0,3	9,8

Source : Insee, comptes nationaux, base 2010.

3.2.3 L'histoire pour rappeler la pluralité des mondes possibles

Une troisième possibilité pour dénaturiser les conventions statistiques et langagières est de se pencher sur l'histoire économique et sociale. Le discours réformateur est amnésique ; il ne voit rien d'autre que ses propres succès (ou celui des autres²⁸). Or, la connaissance fine de l'histoire permet de démontrer (au moins) deux choses : (i) les débats d'aujourd'hui ne sont pas neufs ; ils suivent la logique des rapports de force (ii) ; il existe d'autres mondes possibles que celui décrit par les conventions statistiques.

En ce qui concerne la politique de désinflation compétitive, l'histoire économique et sociale de la France est remplie de périodes lors desquelles les termes du débat étaient très semblables à ce que l'on connaît actuellement. L'attention à la maîtrise des salaires, à l'exportation, au contrôle de l'inflation, à la libéralisation financière n'est pas neuve. Pour ne prendre que quelques exemples, on peut citer les dates de 1924, 1936 ou encore 1945. Ces dates correspondent à la prise de pouvoir politique de formation opposée à ce que l'on nomme aujourd'hui la désinflation compétitive. A chaque fois, l'action publique sera débattue autour

²⁸ Cet argument peut être étendu aux comparaisons internationales. Le discours réformateur ne reconnaît que les modèles qui semblent confirmer son propos. Par exemple, le Royaume-Uni et la City étaient le modèle de croissance pour la France jusqu'à la crise de 2007 (promotion de la déréglementation financière). Depuis, le modèle de croissance est l'Allemagne avec la prétendue maturité de son dialogue social (promotion de la modération salariale). Or, le modèle change à chaque crise et seuls les indicateurs statistiques positifs sont mis en avant. Par exemple, les indicateurs d'inégalités sociales et de précarité salariale ne sont jamais mentionnés lorsqu'il s'agit de discuter des cas britanniques et allemands.

Une autre stratégie rhétorique du discours réformateur liée aux comparaisons internationale consiste à ne discuter que des indicateurs d'évolution (du PIB, du chômage) sans jamais donner de série longue. Ainsi, il est possible de dire que, grâce à la politique de désinflation compétitive imposée par la « Troïka », les économies espagnoles et grecques sont en 2013 plus performantes que l'économie française dans la mesure où le taux de croissance y est supérieur – respectivement 1.4%, 1% et 0.4%.

des thèmes précédemment évoqués (avec parfois même l'usage de conventions statistiques ayant le même rôle rhétorique que celle d'aujourd'hui).

L'exemple de la politique monétaire du « Cartel des gauches » en 1924 est particulièrement frappant tant il rappelle des problématiques contemporaines. Après la Grande Guerre le pays doit se reconstruire ce qui occasionne un déficit public important et une menace d'inflation. Or, face au « mur de l'argent » et en dépit des conséquences tragiques qui risquent d'en découler, le gouvernement Herriot décide de poursuivre la politique de franc fort décidée par Poincaré – politique qui consiste à maintenir la valeur du franc puis de la faire revenir au niveau de 1914. Pour ce faire, l'application est extrême et le rôle cognitif des statistiques est d'importance capitale :

« L'espoir fou d'une réévaluation n'étant pas abandonné, on tenta avec la force du désespoir de réduire la création de monnaie et de lui imposer de strictes limites législatives ; l'ensemble de la masse monétaire ne devrait pas dépasser quarante et un milliards de francs, total dont l'Etat serait requis de ne pas utiliser plus de vingt-trois milliards deux cent millions. La précision ridicule de ces chiffres, auxquels on attribua force de loi, indique l'étendue du fétichisme dominant. Mais les deux "plafonds" étaient si bas qu'ils conduisirent les pouvoirs publics à louvoyer avant de les contraindre à mentir. Ainsi, lorsque l'Etat atteignait son plafond de vingt-trois milliards deux cent millions à la Banque de France, il se tournait vers des organismes de prêt privés et sollicitaient d'eux des prêts à court terme, tout *en sachant très bien que ces organismes de crédit revendraient presque aussitôt leurs créances à la Banque de France* – en tirant au passage la prime que leur valait la "risque de transformation" qu'ils avaient pris. Le contribuable payait ainsi un petit impôt pour que l'on pût continuer à lui mentir » (Halimi, 2000, pp. 145-146).

On voit que les problèmes liés au financement de l'économie, notamment au statut de la Banque centrale et à la politique monétaire, ne sont pas neufs. La tentative de donner une dimension objective (à travers la convention statistique) à une décision de politique économique ne l'est pas non plus.

Si ces débats ne sont pas neufs, leur résultat n'est pas toujours le même : l'histoire nous montre l'existence d'autres mondes possibles. Le traitement du déficit de la sécurité sociale permet de comprendre ce point. Après la seconde guerre mondiale, la politique orthodoxe du

début du siècle est remise pour un temps. L'heure est à l'expansion de la dépense publique considérée comme bénéfique pour les populations. Les premiers déficits de la sécurité sociale arrivent à la fin de la décennie 1940 si bien qu'en 1947 la presse s'enflamme contre la toute nouvelle institution et qu'en juillet 1949 un débat parlementaire est organisé sur le principe même de la Sécurité sociale : faut-il la dissoudre ? Deux arguments majeurs sont mobilisés pour convaincre de l'inanité de l'institution : d'une part, elle encouragerait de trop nombreux abus des bénéficiaires et des professionnels et, d'autre part, elle serait un surcoût du travail grevant les prix et nuisant aux exportations (argument typique des politiques de désinflation compétitive). Malgré ces griefs, l'Assemblée Nationale décide de ne pas réformer la Sécurité sociale et d'accroître autant que nécessaire les cotisations sociales. Contrairement à la prédiction d'effondrement de l'économie française, la croissance des dépenses publiques (notamment de sécurité sociale) a joué un rôle majeur dans ce qui deviendra les « Trente glorieuses ». Le chapitre 3 traite en détail cet exemple historique.

Les conventions statistiques et langagières qui nous occupent prétendent *décrire un monde* déficient qu'il convient de réformer. Or, ces conventions ne sont ni immuables ni mécaniques. Elles sont le produit d'une histoire. Elles ne sont donc ni naturelles, ni incontournables. Au contraire, ces conventions servent une conception du monde dans un champ des possibles bien plus large. En ce sens, on peut se demander si les conventions statistiques et langagières ne sont pas des dispositifs d'une politique d'ensemble visant à *faire advenir un monde* ?

Chapitre 3 : Quelle modernité de la critique de la dépense publique ? Le cas de la Sécurité sociale

L'analyse se focalise dans ce chapitre 3 sur les critiques opposées à la sécurité sociale, celle-ci portant une large part du débat sur la dépense publique. En France, les dépenses sociales constituent une grande partie des dépenses publiques. Elles sont considérées comme les premières dépenses publiques avec 57 % du total. Elles ont aussi beaucoup progressé depuis la création de la sécurité sociale avec plus de 30 % du PIB aujourd'hui contre 14 % en 1959. Le cas de la sécurité sociale est emblématique de la coordination entre convention statistiques et langagière. L'expression « trou de la sécu » a porté très loin l'imbrication des mots et des chiffres pour synthétiser à quel point la dépense publique peut être un problème.

Le solde du compte des administrations de sécurité sociale fait l'objet d'un intense débat chaque année. Si la présentation dominante donne à voir une situation financière par nature catastrophique, un nombre croissant d'acteurs cherche à mettre en évidence les nombreuses conventions qui président au calcul et à la présentation de ce solde (Duval, 2007, 2016, Le Lann et Lemoine, 2012, Pierru, 2013). Dans l'esprit des travaux menés par Alain Desrosières (Desrosières, 2008, 2010), l'idée est de rappeler ici à quel point le chiffre est le produit d'un travail social. La quantification repose sur des conventions de toutes sortes elles-mêmes étant le résultat d'arrangements institutionnels et de rapports de force. Or, parce que de nombreuses options sont possibles, les conventions choisies diffusent une certaine représentation du monde qui n'est pas neutre. A ces conventions statistiques s'ajoutent, dans le cas du solde des comptes de la sécurité sociale, des conventions de langage. En effet, la présentation du chiffre s'accompagne presque systématiquement d'un champ sémantique à la connotation négative. Il est alors question du « déficit » de la sécurité sociale ou, plus familièrement du « trou de la sécu » là où il conviendrait de parler de besoin (ou de capacité) de financement de la sécurité sociale. La représentation du monde est ici encore plus explicite dans la mesure où le jugement sur le chiffre figure dans sa présentation même. A la limite du langage religieux, il faut comprendre que le « trou de la sécu » serait pêché dont l'absolution viendrait de la réduction des dépenses de sécurité sociale. Pourtant, d'autres mondes sont possibles.

L'analyse historique permet de montrer que l'ensemble des préoccupations contemporaines liées au besoin de financement de la sécurité sociale sont présentes dès les premières années de son fonctionnement. Les débats parlementaires de l'année 1949 dont nous proposons de

faire une analyse sont particulièrement frappant à cet égard. Les arguments de chacun des protagonistes raisonnent d'une étrange actualité : concurrence internationale, abus des assurés, charges sociales, compétitivité, inefficacité du secteur public, etc. Bien que les données du problème soient comparables à celles d'aujourd'hui, les débats parlementaires ont conduit à justifier l'augmentation des recettes de la sécurité sociale. Ainsi, on apprend que le « déficit » de la sécurité sociale n'est pas une question neuve, c'est l'attention et la réponse politique qui lui est accordée qui l'est.

La question de la dépense publique, examinée sous l'angle de la sécurité sociale n'est donc pas particulièrement moderne. Les débats d'hier sont les mêmes que ceux d'aujourd'hui et avec les mêmes arguments, comme ce chapitre va le montrer. Les conditions économiques ont certes changé mais le choix de développer la dépense sociale s'est fait alors que le pays est ruiné par la seconde guerre mondiale. C'est paradoxalement dans une période de prospérité économique sans précédent, dans les années 1980 que la dépense sociale va devenir un problème.

La section 1 propose une contextualisation politique des quelques années qui précèdent le débat sur la sécurité sociale de juillet 1949. La section 2 isolera une matrice générale des problématiques posées lors de ce débat – indépendamment d'une analyse approfondie de la situation économique. La section 3 dresse un panorama des thérapeutiques à l'appui du diagnostic fait en 1949. A la matrice des problèmes correspond une matrice des solutions. Notre hypothèse est que la situation actuelle a toutes les chances d'être plus favorable que celle de 1949. Or, si la matrice argumentative est la même c'est bien que la focalisation exclusive sur la situation économique (aujourd'hui ou hier) est excessive. La section 4 s'interroge sur les raisons pour lesquelles certaines conventions statistiques et langagières s'imposent plutôt que d'autres. Après avoir évoqué différentes hypothèses, nous développons l'idée que c'est le poids de la contestation sociale qui impose les autres mondes possibles.

1. Le contexte politique du débat sur la sécurité sociale de 1949

Dès avant la Libération de juin 1944, le Conseil national de la résistance avait adopté le 15 mars son programme pour la France libre intitulé *Les jours heureux* (CNR, 1944). Visant « un ordre social plus juste », le CNR prévoit la mise en place d'« un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants

des intéressés et de l'État ». Plus qu'une rupture complète, la sécurité sociale qui s'annonce aura pour fondement les institutions créées par les lois sur les Assurances sociales de 1928-1930 et les autres lois afférentes à la gestion des risques sociaux édictées dès la fin du 19^{ème} siècle (Valat, 2001). L'ambition sera pourtant incommensurablement supérieure puisqu'il s'agit d'une part de fournir des prestations plus élevées et plus nombreuses et d'autre part de déléguer la gestion de l'institution naissante aux assurés eux-mêmes. Si la sécurité sociale est une idée du temps, elle est aussi une innovation majeure dans la mesure où elle cherche à faire advenir la démocratie sociale²⁹.

Cette originalité française a son importance lorsque l'on réfléchit à la situation politique d'alors³⁰. La Libération signe en effet le retour officiel sur l'échiquier politique du Parti communiste français (PCF) et des syndicalistes de la Confédération générale du travail (CGT). Le gouvernement d'Edouard Daladier³¹ du Parti républicain, radical et radical-socialiste (PRS), avait dissout le PCF par un décret le 26 septembre 1939 et avait remis en cause la représentation syndicale démocratique par les « Accords du Majestic » du 7 octobre 1939³² (Lacroix-Riz, 2015). La signature du pacte germano-soviétique, le 23 août 1939, fut la justification du gouvernement Daladier pour rendre illicite toute forme de contestation révolutionnaire de type communiste et, plus largement toute forme de revendication sociale.

L'après Libération ne modifie pas fondamentalement le paysage politique. Si le PCF et la CGT ne sont plus interdits, les partis politiques français s'organisent comme avant-guerre de façon à isoler les forces combattives. Comprendre cette période suppose en conséquence de comprendre les rapports entre les trois principaux partis : la Section française de l'internationale ouvrière (SFIO), le Mouvement républicain populaire (MRP) et le PCF.

En septembre 1944, De Gaulle prit la tête du premier gouvernement provisoire de la République Française dans laquelle toutes les tendances politiques étaient représentées. Malgré son rôle majeur reconnu dans la Résistance, le PCF n'obtient que deux ministères

²⁹ Le plan britannique associé à William Beveridge est en ce sens radicalement plus conservateur que ce qu'il se passe en France, la gestion étant aux mains du gouvernement.

³⁰ Sur cette période on pourra se reporter par exemple à Agulhon (1990) et à Becker (1998).

³¹ Le gouvernement Daladier 5 prend ses fonctions le 13 septembre 1939 et reste en place jusqu'au 20 mars 1940.

³² Alors que les accords de Matignon de 1936 créaient un cadre démocratique pour l'élection des délégués du personnel, l'accord du Majestic supprime les élections et prévoit des nominations – dans un contexte où la CGT, syndicat majoritaire, vient de vivre l'exclusion des membres « unitaires » proches du parti communiste. Dans cet esprit, l'un des signataires syndicaliste et acteur majeur de la scission, René Belin, deviendra ministre du travail de Vichy signant notamment le décret de dissolution des syndicats du 12 novembre 1941.

mineurs (Charles Tillon ministre de l’Air et François Billoux ministre de la santé publique). Cependant, les élections du 21 octobre 1945 sont largement gagnées par les communistes qui obtiennent 26.2% des suffrages devant le MRP avec 23.9% et la SFIO avec 23.4%. Maurice Thorez revendique la direction du gouvernement mais le PCF n’obtient de De Gaulle que 5 ministères (mineurs) supplémentaires dont celui du travail dirigé par Ambroise Croizat³³. C’est à partir de cette période que Croizat va avoir pour objectif de donner vie aux ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945 créant la sécurité sociale.

Si le non au referendum du 5 mai 1947 sur la constitution et les résultats des élections législatives du 2 juin montrent un PCF en recul, durant le reste de la période le PCF est le premier parti de France. Il remporte ainsi les premières élections législatives de la 4^{ème} République le 10 novembre 1946. Le PCF rassemble 28.3% des sièges loin devant le MRP (25.9%) et la SFIO (17.8%). Cette assemblée – qui est celle qui débattrait du principe même de la sécurité sociale en juillet 1949 – comporte également des représentants du Parti républicain, radical et radical-socialiste, du Parti républicain de la liberté (PRL) et des Républicains indépendants (RI) (Tableau 3.1).

Tableau 3.1 : Groupes Parlementaires issus de la première élection de la 4ème république

Groupes Parlementaires	Sièges
PCF	182
MRP	173
SFIO	102
Parti républicain, radicale et radical-socialiste (PSR)	43
Parti républicain de la liberté (PRL)	38
Républicains indépendants (RI)	29
Union démocratique et socialiste de la Résistance (UDSR)	11
Mouvement pour le triomphe des libertés démocratiques	8
Non inscrit	9
Total	586

Le premier gouvernement de la 4^{ème} République est dirigé par Paul Ramadier à partir du 22 janvier 1947. Bien que gouvernement tripartite au départ, le 5 mai les ministres communistes

³³ Les autres nouveaux ministres communistes sont Maurice Thorez (ministre d’Etat), Charles Tillon (ministre de l’armement sous l’autorité de De Gaulle), Marcel Paul (ministre de la production industrielle) et François Billoux (ministre de l’économie nationale ; le ministère stratégique des finances étant délégué à René Plevin de l’UDSR).

sont renvoyés du gouvernement suite à leur soutien et à leur rôle dans les grèves qui agitent le pays. Le ministre de l'intérieur SFIO Jules Moch est resté connu pour avoir pendant cette période mobilisé une force considérable dans le but de contraindre les militants CGT d'arrêter le mouvement de grève (en plus des licenciements de grévistes on compte alors 6 morts et de nombreux blessés) (Fontaine et Vigna, 2014, Valentin, 1985). Isolés les communistes assisteront au partage du pouvoir au sein de la Troisième force (MRP, SFIO et radicaux).

L'éviction des communistes ne suffit pas à l'apaisement. La 4^{ème} République est marquée par une forte instabilité gouvernementale et lorsque l'Assemblée nationale vient à débattre à l'été 1949 de l'opportunité de la sécurité sociale il s'agit déjà du 6^{ème} gouvernement en moins de 3 ans. Le gouvernement est à ce moment dirigé par le radical-socialiste Henri Queuille depuis le 11 septembre 1948. Le gouvernement est largement ouvert aux groupes représentés à l'Assemblée nationale puisqu'on y trouve des représentants du MRP, de la SFIO, des PRS, de l'UDSR et du PRL. Le ministre du travail et de la sécurité sociale est Daniel Mayer (depuis l'éviction de Crozat).

1.1 Les protagonistes du débat

Lorsque le 10 juillet 1949 l'Assemblée nationale entame le débat sur la sécurité sociale, ce n'est pas la première fois que cette institution pose question sur les bancs. Après sa création par les ordonnances de 1945, la sécurité sociale est l'objet de nombreuses questions au gouvernement et plusieurs lois sont votées pour en préciser l'application. Parmi elles, l'une des plus importantes est la loi Morice de février 1947 qui consacre le rôle de la Mutualité aux côtés de la sécurité sociale, alors que dans un premier temps sa place n'était pas assurée (notamment en raison de ses nombreuses défaillances d'avant-guerre). Néanmoins, le débat de juillet 1949 est original dans la mesure où c'est le principe même de la sécurité sociale qui fait l'objet du débat et non seulement sa mise en application. Précisons avant de poursuivre que, malgré l'importance de cette séquence, les débats sur la sécurité sociale ne seront jamais clos et que pour l'illustrer il suffit de noter que juste après le vote des ordres du jour sur cette question le débat suivant porte sur l'opportunité de demander à la cour des comptes de contrôler les activités de la sécurité sociale. Il faut donc se garder de l'illusion d'une unanimité politique sur la question. Plus largement, il y a deux représentations fausses de la sécurité sociale qu'il convient de tenir à égale distance. D'une part, la sécurité sociale n'est pas l'Etat. A sa création l'institution est gérée majoritairement par les syndicats ouvriers (2/3 des voix aux conseils d'administration contre 1/3 pour les représentants des employeurs).

D'autre part, la sécurité sociale n'est pas autonome vis-à-vis de l'Etat. Dès ses débuts, on note une volonté impérieuse de contrôle de la part du pouvoir politique traditionnel, tant grâce à un contrôle du niveau des cotisations que grâce à un contrôle de plus en plus puissant de l'usage des ressources. Au cœur des rapports de force du capitalisme d'après-guerre, la sécurité sociale est marquée par une contradiction entre démocratie sociale et démocratie politique.

Le débat qui s'ouvre à l'été 1949 fait suite à ce que certains députés qualifient de « violentes campagnes de presse » (Gau, MRP)³⁴ contre la sécurité sociale utilisant des arguments « mensongers et calomnieux » (Viatte, MRP). Divers organes de presse (*L'Aurore*, *Le Figaro*, *L'Epoque*, *Ce Matin - Le Pays*) sont notamment cités sur les bancs. La sécurité sociale est montrée du doigt de façon à convaincre de son inutilité et du risque qu'elle fait encourir à l'économie française. Le député MRP Charles Viatte entame par exemple son discours en moquant le chiffre de 60 milliards de Francs pour le « rhume de cerveau » alors que le budget total de la sécurité sociale est, selon lui, de 325 milliards de francs en 1948. Le député communiste Marius Patinaud va jusqu'à critiquer durement le gouvernement qui serait complice de cette situation dans la mesure où il n'aurait jamais clairement démenti ces informations : « Le Gouvernement n'a jamais réagi contre les auteurs de ces campagnes et contre cette presse immonde qui a élevé le mensonge à la hauteur d'une institution. » Comme l'explique le ministre de la sécurité sociale Daniel Mayer (SFIO) lors de son intervention, cette situation et le débat qui s'en suit à l'assemblée nationale est l'occasion de rompre le silence des représentants de la nation sur la question.

L'examen des débats permet de mettre au jour trois positions principales sur la sécurité sociale qui recourent souvent mais pas systématiquement l'appartenance au gouvernement :

- La reconnaissance de défaillances : La position politique majoritaire sur le fonctionnement de la sécurité sociale, celle de l'alliance de gouvernement (MRP, SFIO, PRS), considère que la sécurité sociale remplit correctement son rôle même si certaines défaillances plus ou moins mineures doivent être corrigées. Cette position peut être considérée comme relativement majoritaire même si de nombreux députés membres de ces partis adoptent une position critique plus radicale.
- La nécessité de la réforme : La position la plus critique, défendue à la fois par les RI (dont aucun membre n'est au gouvernement) et par certaines personnalités dont les partis sont présents au gouvernement (PRL, MRP, PRS), considère que l'absence

³⁴ Dans la suite du texte, nous utiliserons de nombreuses citations de façon à expliciter la teneur des débats.

d'une réforme restrictive importante condamne la sécurité sociale et la France elle-même à une crise économique et morale particulièrement sévère.

- La défense inconditionnelle : Le PCF est le seul parti dont les députés font une défense inconditionnelle de l'institution et proposent une extension des garanties.

Si tous les partis disent ne pas vouloir remettre en cause le principe même de la sécurité sociale, la teneur des débats ne permet pas d'être si tranché. Par exemple, le député PRL Pierre André remet en cause l'idée que la sécurité sociale est une « conquête de la Libération » puisque selon lui elle ne fait que reprendre les textes antérieurs (loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles de 1898 et 1919, la loi des assurances sociales de 1930 et la loi sur les allocations familiales de 1932). Ce serait une création de la IIIème République ayant perdu en légitimité après-guerre puisque « le bouleversement survenu en 1945 est dû à une ordonnance édictée sous le gouvernement provisoire du général de Gaulle, alors que le pays n'était représenté que par une assemblée consultative, dont les membres étaient désignés, et non pas élus par le peuple français. » Or, il serait désormais temps de pouvoir « demander des comptes sans être accusés du crime de lèse-majesté ». Dans le même esprit, le député Joseph Delachenal (RI) salue l'esprit de liberté de la loi des assurances sociales de 1930 pour regretter ensuite que les caisses privées, support de cette liberté, aient été « supprimé d'un trait de plume par l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui établit cet organisme centralisé de la sécurité sociale quelques jours à peine avant la réunion de la première Assemblée nationale constituante ».

A l'opposé de l'échiquier politique, le PCF adresse une critique générale non seulement au plus virulents opposants de l'institution comme ceux cités précédemment mais aussi au gouvernement qui, avec l'appui de Paul Raynaud (RI) et des Etats-Unis, chercherait à « donner le coup de grâce à ce qui reste des nationalisations et liquider la sécurité sociale » (Patinaud, PCF). Pour le PCF, la critique de la sécurité sociale est un dérivatif à la colère populaire dans un contexte de préparation à la guerre d'Indochine et de restriction budgétaire (budgets en retrait par rapport à la Libération). Le gouvernement serait complice du Conseil national du patronat français et d'autres associations de patrons comme ceux dénommés les « Jeunes patrons » dont l'obsession serait d'en finir avec la sécurité sociale. Les députés du PCF reprochent à plusieurs reprises aux autres membres de l'assemblée de soutenir la sécurité sociale « comme la corde soutient le pendu » (Patinaud, Duprat, Costes).

1.2 Les chiffres clefs de la sécurité sociale

Bien que les débats sur les grands principes et sur l'organisation de la sécurité sociale aient été d'une apprêté singulière, la discussion sur les chiffres de la sécurité sociale (budget, besoin/capacité de financement, taux de cotisation, etc.) n'ont fait l'objet que de peu de contestations. Les désaccords importants portent, on le verra par la suite, sur les économies potentielles et sur l'évolution des budgets dans le temps. Ainsi, le chiffre proposé par le premier orateur, Charles Viatte (MRP), n'a pas souffert de contestations importantes et a été confirmé par la suite par des députés d'autres bords. Selon lui, le budget de la sécurité sociale s'élevait en 1948 à 325 milliards de francs et son estimation pour 1949 oscillait entre 400 et 420 milliards de francs. Ce budget représente entre 10 et 11% du produit national et, d'après lui, « 11% du revenu national pour les plus défavorisés de nos concitoyens, croyez m'en, ce n'est pas quelque chose d'insupportable ». C'est sur cette interprétation des chiffres de la sécurité sociale que vont se construire les débats. Si Viatte représente la majorité des parlementaires lorsqu'il explique que cette dépense n'est pas « insurmontable » et que faire « miroiter » des économies revient à jouer contre le principe de la sécurité sociale³⁵, d'autres députés s'échineront à démontrer la menace que fait courir cette charge à l'économie du pays.

Concernant les frais de gestion de la sécurité sociale, Marius Patinaud (PCF) donne le chiffre de 10% des cotisations affectées pour les caisses primaires et de 5% pour l'ensemble de l'institution, soit 19 milliards de francs environ. Là encore, bien qu'une large majorité ne discute pas le chiffre, certains députés l'estimeront à la hausse et d'autres à la baisse. De la même façon, la question du montant des cotisations prélevées sur les salaires laisse assez peu de place au débat. Les chiffres annoncés par Patinaud sont confirmés par d'autres députés : contrairement au chiffre de 40% des salaires « malhonnêtement annoncé » par les industriels dans leurs campagnes de presse, le taux de cotisation réel est proche de 25% de l'ensemble des salaires. Celui-ci se décompose en 10% de cotisation pour les assurances sociales, 16% pour les allocations familiales et 4% pour les accidents du travail. Au total, les cotisations sont de 30% sur les salaires inférieurs au plafond annuel (de 264 000 francs en mars 1949), soit, d'après les estimations de Patinaud, 25% de l'ensemble des salaires.

Au niveau global, le ministre du travail et de la sécurité sociale, Daniel Mayer (SFIO), rappelle l'état des comptes de la sécurité sociale pour 1948. Après une année 1947 à l'équilibre, la caisse d'allocation familiale accuse un déficit de 10 milliards de francs en 1948 (125 milliards

³⁵ « Lorsqu'on fait miroiter devant le public une réduction massive des charges sociales, n'est-ce pas un autre but que l'on cherche à atteindre? Ce n'est pas aux tares du régime actuel que l'on veut remédier, c'est, je crois, à quelque chose de plus profond que l'on s'attaque, et probablement au principe même de notre sécurité sociale. » (Viatte, MRP)

de recettes pour 135 milliards de dépenses). Pour les assurances sociales, les cotisations du régime général ont rapporté 199 milliards et celle des régimes spéciaux 6 milliards, soit 205 milliards de recettes. Les dépenses se ventilent comme suit (en milliards de francs) : 66 pour la maladie, 11 les longues maladies, 8 pour la maternité, 5 pour l'invalidité, 1.5 pour les décès, 99 pour la vieillesse, 11 de frais de gestion, 4 pour l'action sanitaire et sociale. Soit au total de 205.5 milliards de dépense et donc un déficit de 0.5 milliards de francs. Les excédents réalisés par la caisse vieillesse sont absorbés par le déficit de la caisse maladie.

Comme nous l'avons souligné plus haut, quelques contestations plus ou moins véhémentes sur la présentation des comptes de la sécurité sociale viennent relativiser le consensus sur les coûts. L'intervention du député André Burlot (MRP) est intéressante à cet égard. Selon lui, il est inexact d'affirmer que la couverture des risques d'accidents du travail est bénéficiaire puisqu'il faudra attendre 1962 pour les coûts associés soient pleinement connus et assumés par la sécurité sociale. Or, puisque ces coûts sont croissants, il n'y a aucune raison de penser que l'équilibre se maintiendra. Burlot fait par ailleurs observer que pour l'assurance maladie les coûts sont fortement croissants ce qui fait peser un risque important sur la viabilité du système. Ainsi, le coût de cette branche était de 14.44% des salaires en 1945, 15.44% en 1947 et 16% en 1948 et pourtant le coût réel atteint 20% des salaires en 1949. Il y aurait là une menace sérieuse. Cette remise en cause du consensus sur les coûts est portée de façon plus radicale par le député Delachenal (RI) pour qui le coût de la sécurité sociale s'élève à 600 milliards (dont 375 pour les salariés des professions non agricole), sans compter ni les dépenses d'Etat et des collectivités locales pour les fonctionnaires ni le « montant de la taxe d'apprentissage, congés payés, etc. ». Ce chiffrage reste néanmoins assez isolé et sera même moqué par le député Albert Gazier (SFIO) qui qualifie d'« artifice comptable » les chiffrages des « charges sociales » prenant en compte « la journée du 1^{er} mai ou les congés payés ».

Pour synthétiser, il est possible d'affirmer l'existence d'un relatif consensus sur les coûts qui dissimule une grille de lecture critique très avancée sur le fonctionnement de la sécurité sociale. Hormis, le cas du PCF, tous les députés et le ministre du travail et de la sécurité sociale admettent la nécessité de réfléchir à la réforme de l'institution en raison de son poids économique. C'est ce que cherche à montrer la section suivante à partir de la reconstruction d'une matrice des « problèmes » posés par la sécurité sociale, selon les discours des députés présents au débat (le tableau 3.2 propose une synthèse des « problèmes » et des « solutions » avancés à la tribune).

Tableau 3.2 : Synthèse des problèmes et des solutions avancés lors du débat de l'été 1949 sur la sécurité sociale

<i>Des « problèmes » et des « solutions »</i>	
<i>Les « problèmes »</i>	
La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales	
Le vieillissement de la population	
L'inefficacité de l'Etat	
L'inefficacité de la sécurité sociale	
La crise économique et la concurrence internationale	
<i>Les « solutions »</i>	
	Le renforcement du contrôle
La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949	
	Le déremboursement du petit risque
La réduction des cotisations et le transfert à la mutualité	

2. La matrice des « problèmes »

Les débats sur la sécurité sociale sont très riches et il serait tentant de réaliser une liste exhaustive des critiques de l'institution. Néanmoins, afin d'être relativement concis, il est possible de repérer cinq grands questionnements sur l'institution : les abus des assurés sociaux, le vieillissement de la population, l'inefficacité de l'Etat, l'inefficacité de la sécurité sociale et la contrainte économique liée à l'intensité de la concurrence internationale.

2.1 La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales

L'une des questions qui a le plus suscité de débats porte sur les abus présumés des assurés sociaux qui seraient la cause de déconvenue financière actuelle et à venir. Pour le député Charles Viatte, « incontestablement il y a des abus [et] il faut y remédier. Mais ne compromettons pas pour cela non pas simplement – dirai-je – la vie de nos enfants, mais l'avenir de la nation française,... Seul un nombre marginal de travailleurs auraient pu se payer des antibiotiques sans la sécurité sociale ».

Autrement dit, selon lui, s'il est nécessaire, le contrôle des abus n'est pas un gisement d'économie potentiel et limiter la couverture des risques empêcherait de poursuivre l'amélioration continue de l'état de santé des français depuis la guerre.

Cette position n'est pas unanime parmi les partis au gouvernement. Ainsi, le député PRS Jean Masson énumère-t-il la liste des abus « bien connus » que le « gigantisme » de la sécurité sociale laisse « proliférer dans l'anonymat et dans l'irresponsabilité » :

« Ce sont les complaisances de certains médecins, les accommodements de certains pharmaciens, c'est la feuille de soins qui est signée plusieurs fois au lieu d'une, c'est la mère d'un assuré à qui l'on ouvre un dossier en la faisant passer pour la conjointe, ce sont aussi la multiplication des dossiers à l'approche des vacances ou au moment des grèves, avec l'absentéisme qui en résulte et les incidences néfastes sur la production; ce sont les demandes de cures pour passer des vacances à peu de frais, les abus auxquels donnent lieu de simples rhumes et Dieu sait si l'on a parlé des rhumes de cerveau en exagérant d'ailleurs beaucoup, qui auraient coûté – dit-on – des dizaines de milliards. »

Il serait aisé de multiplier les citations concernant de présumés abus des assurés sociaux. On présente dans l'annexe 2 des extraits de discours supplémentaires auxquels le lecteur peut se reporter. Nous ne formulons ici qu'une courte synthèse sur la question.

Le député PRL Maurice Fredet est encore plus explicite dans la dénonciation des abus qui serait l'une des conséquences de la « crise de croissance de la sécurité sociale ». De façon plus subtile le député PRL Pierre André essaie d'expliquer que les abus ne sont pas le fait d'ouvrier tire-au-flanc mais au contraire d'ouvrier particulièrement solidaires. Pour le député Delachenal comme pour son collègue Reynaud, il est clair que la fraude est importante et que cela a non seulement un impact sur les comptes de la sécurité sociale mais aussi sur l'absentéisme dans les usines. Pour Paul Theetten (RI) les assurés n'ont pas de scrupules sur le sujet (se reporter à l'annexe 2.1 pour plus de détails)

Même en dehors du risque maladie, les assurés sont suspectés de fraude. Selon le PCF, c'est le cas notamment avec la circulaire ministérielle du 22 avril 1949 qui prévoit la suppression des paiements d'allocations familiales en cas de quatre demi-journées d'absence par mois à l'école. D'après Isabelle Claeys, il s'agit de « porter atteinte à la sécurité sociale en jetant le discrédit sur la classe ouvrière » après avoir déjà supprimé les allocations familiales aux mineurs en grèves. Comme le reconnaît Daniel Mayer, les allocations familiales doivent permettre d'assurer l'entretien des enfants à la charge des familles. Mais, « si des enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas effectivement l'école, il est infiniment vraisemblable que c'est parce que ces enfants sont utilisés plus ou moins régulièrement à des besognes rémunérées et qu'ils cessent alors d'être une charge pour leur famille ». Pour le ministre

socialiste, le non versement est alors la sanction du dévoiement de l'institution (sur-rémunération plutôt qu'aide à la prise en charge d'une personne non productive).

Dans ce contexte général, le PCF adopte un point de vue exclusivement offensif vis-à-vis de l'hypothèse d'abus des assurés. Ce positionnement est particulièrement clair sur la question de la suppression des allocations familiales pour les enfants absents de l'école à propos de laquelle il reproche à Daniel Mayer (SFIO) de mépriser la classe ouvrière et de la méconnaître. Sur la question des abus présumés sur le risque santé, le MRP et la SFIO restent relativement silencieux tandis que le PCF n'hésite pas à demander une extension des garanties (cf. matrice des solutions). Selon les communistes les abus existent mais ce ne sont pas ceux des assurés : ce sont ceux du patronat qui refuse de verser les cotisations sociales. Marius Patinaud dénonce dans cet esprit « les défaillances du gouvernement et des employeurs pour le paiement de leur cotisation ». Le manque à gagner serait de l'ordre de 10 milliards de francs en 1947 et de 30 milliards en 1948. Gérard Duprat cite à cet égard la commission du bilan national : « Les cotisations rentrent mal. D'abord, elles rentrent en retard. Beaucoup d'employeurs font leur trésorerie au détriment de la sécurité sociale en différant de verser non seulement leurs cotisations, mais les cotisations ouvrières qu'ils ont retenues. D'autres cotisations ne rentrent pas du tout ». La plus grande des fraudes serait celle des employeurs.

2.2 Le vieillissement de la population

La question du vieillissement de la population est mineure en 1949 mais elle est en cela particulièrement significative de la précocité de certaines problématiques pourtant aujourd'hui considérées comme très récentes. Le député Paul Reynaud (RI) prend en effet dès cette date l'argument de l'allongement de l'espérance de vie pour justifier le recul de l'âge de départ à la retraite :

« Mesdames, messieurs, je ne parlerai, en ce qui concerne les prestations, que d'une seule réforme, mais qui, à mon avis, serait importante par ses résultats, sans nuire aux droits des assujettis, bien au contraire, puisqu'elle maintiendrait pour eux, le plus longtemps possible, un niveau de vie plus élevé. Il s'agit de la réforme concernant l'âge de la retraite.

Du point de vue économique, on peut dire qu'il y a trois âges dans la vie : l'enfance et l'adolescence, pendant lesquels on se prépare à produire ; la jeunesse et l'âge mûr, pendant lesquels on produit ; la vieillesse, au cours de laquelle les capacités de production déclinent et meurent.

[...] [*Interruptions*]

On dit souvent que les, progrès de la science ont pour effet de prolonger la vieillesse. J'ai eu, pour ma part, le malheur de l'affirmer, il y a un mois, à cette tribune, et on en a conclu immédiatement que je voulais envoyer dans la chambre à gaz tous les retraités !

La vérité, c'est que les progrès de la science ont d'abord, et surtout, pour effet de prolonger l'âge mûr, pendant lequel l'homme peut produire. C'est un fait qui ne peut être ignoré dans un pays dont le ministre du travail dit, avec raison, qu'il manque de main-d'œuvre ; d'autant que le rôle du cerveau est de plus en plus grand par rapport à celui des muscles, or, le cerveau vieillit moins vite que les muscles.

Dans ces conditions, un pays où l'âge moyen est élevé et dont la Constitution déclare que les citoyens ont droit au travail ne saurait interdire le travail à un homme qui peut continuer à produire.

Il est d'ailleurs un pays gouverné par les socialistes, la Suède, où, pour établir l'âge de la retraite, on a étudié la pyramide des âges. Vous savez que la situation démographique de la Suède est assez semblable à la nôtre ; on y est arrivé à cette conclusion que l'âge normal de la retraite — il peut y avoir, bien entendu, des exceptions — est de 67 ans.

A l'été 1949, l'âge légal de départ à la retraite est de 65 ans et il apparaît déjà comme trop élevé pour certains députés.

2.3 L'inefficacité de l'Etat

Le troisième type de « problème » soulevé par les débats de juillet 1949 porte sur l'inefficacité de l'Etat (qu'il faut distinguer de la sécurité sociale elle-même) et de ces décisions concernant l'organisation de la sécurité sociale. Dans ce cadre, la question portant sur la centralisation de la sécurité sociale autour d'un régime unique (le régime général) est l'une des plus brûlantes. Comme l'explique Charles Viatte (MRP), pour qui les ordonnances d'octobre 1945 ne sont « pas complètement satisfaisantes », la centralisation de la sécurité sociale est un défaut que le gouvernement (dont son parti est un acteur majeur) a rapidement pris en considération. Ainsi, en dépit de ce qui était prévu par les ordonnances d'octobre, les allocations familiales sont séparées du reste de la sécurité sociale et la mutualité se voit

reconnaitre un rôle prépondérant par la loi Morice. Néanmoins, pour le représentant du MRP, Ambroise Croizat aurait commis « une très grosse maladresse » en cherchant à inclure toute la population dans le champ de la sécurité sociale au lieu de créer des régimes distincts pour les différentes catégories d'individus (travailleurs salariés, indépendants, professions agricoles, etc.). Cette maladresse serait doublée de celle du ministre actuel, Daniel Mayer, qui laisserait planer une menace de d'unification des tous les régimes de sécurité social dans le régime général.

Si Viatte n'exprime pas clairement les arguments opposés à la centralisation, d'autres députés sont plus précis. Dans cette perspective, Joseph Delachenal (RI) prétend que la centralisation produit un éloignement pour les assurés incompatible avec une bonne gestion. Plus généralement, la sécurité sociale serait « un organisme à tendance étatiste » dans la mesure où de nombreuses personnalités sont sous influence de l'Etat : le directeur et les agents comptables de caisses sont agréés par l'Etat et le gouvernement nomme six administrateurs de la caisse nationale (qui par la suite désignent les administrateurs des autres caisses). D'après le député RI, si le contrôle par l'Etat est pertinent, lui et ses collègues sont « hostile[s] à la gestion directe par l'Etat ».

Le même type de critique se retrouve dans le discours de Maurice Fredet (PRL) selon qui la sécurité sociale est « une force qu'il n'est plus possible d'enrayer le progrès, mais qu'il faut canaliser ». En effet, du fait de son étendue, la sécurité sociale en viendrait à « oublier le rôle de l'humain qui leur est imparti ». Elle ne serait « plus à l'échelle humaine. L'assuré ne s'y sent plus chez lui, noyé dans l'anonymat le plus complet, trop souvent malmené de service en service, de guichet en guichet, il est ravalé à l'état de numéro matricule ». Dès lors, c'est la suppression du libre choix des caisses, c'est-à-dire l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale, qui doit être remise en question. A ce sujet, Pierre André (PRL) explique que l'obligation d'affiliation a une dimension liberticide puisque « c'est le contraire de l'émancipation, c'est un assujettissement, c'est d'ailleurs le terme qu'emploie la sécurité sociale. Autrefois on était sujet du Roi de France, aujourd'hui, on est assujetti aux assurances sociales ». Pour Fredet, la centralisation et l'affiliation obligatoire poseraient problème parce que ce n'est qu'au sein de petits groupes humains « constitués sur le plan local, professionnel ou par affinités » que peut s'opérer le contrôle des assurés entre eux (notamment dans un contexte où les abus sont faciles). En conséquence, Fredet s'élève contre ce qu'il appelle le « sacro-saint principe d'une sécurité une et indivisible ».

Face à ces critiques de la centralisation de la sécurité sociale, Pierre Segelle (SFIO) propose de rappeler les conséquences du système d'assurance social d'avant-guerre fondé sur des caisses d'affinités dispersées. D'après lui, la concurrence entre caisses n'a pas produit de résultats probants et elle a même conduit à une uniformisation des pratiques et à une mise en commun des services. Dès lors, il n'y a pas de sens à réclamer la décentralisation si ce n'est pour voir se multiplier les conseils d'administration et services administratifs... qui par la suite cherchent à s'unir pour faire des économies. Par ailleurs, les caisses d'affinité pratiquaient une discrimination des risques au détriment de la solidarité. Ceci expliquerait que 52% des travailleurs étaient couverts par la caisse départementale et seulement 22% étaient affiliés à une caisse mutualiste. Or, les inconvénients liés à la multiplicité des caisses « étaient graves » : éloignement géographique des assurés, ventilation des cotisations perçues (par un organisme unique de l'Etat) difficile, équilibre financier précaire. D'après Segelle, « la dispersion des institutions, les différences de principe sur lesquelles reposent les diverses législations constituent un obstacle à cette lutte contre la misère et l'insécurité ». Parce que « la sécurité sociale est la cohésion réalisée », Segelle critique la loi Morice et adjure les membres de l'assemblée à consentir à la « fusion des caisses » sur le modèle départemental préfecture, sous-préfecture, mairie. Segelle regrette par ailleurs la constitution après 1945 de caisses de retraites différentes pour les diverses catégories de travailleurs non-salariés. Les régimes se multiplient « sans unité d'action » alors qu'il conviendrait « que tout cela soit unifié ». La tendance à la centralisation du modèle français serait la même que le modèle Anglais. Bien que ce dernier soit critiqué pour sa fonctionnarisation excessive, il ne s'agirait pas pour le député d'en venir à la situation de l'URSS où, « l'Etat Moloch ne s'occupe pas des individus et [où] il est tout à fait normal que les Soviétiques aient fait passer dans leur système de sécurité sociale leurs conceptions totalitaires »³⁶. Le modèle préféré du député Segelle est le modèle Suédois où la sécurité sociale englobe « l'assurance vieillesse, l'invalidité, l'allocation entretien des enfants, la pension des marins, l'assurance chômage ». Les médecins travaillent pour un service national de santé et les hôpitaux appartiennent aux conseils généraux. Telle est la centralisation prônée par Pierre Segelle.

³⁶ Ce passage semble être l'occasion pour le député socialiste de se démarquer du PCF, dont les députés répondent en rappelant que « M. Jules Moch [ministre SFIO de l'intérieur] s'occupe bien de la "protection" des mineurs français ! Pourquoi parlez-vous, d'un Etat totalitaire et ne dites-vous pas que votre Etat fait tirer sur les ouvriers français ? ».

Contrairement à son collègue de parti, le ministre du travail et de la sécurité sociale Daniel Mayer reconnaît être en « accord avec presque tous les orateurs » sur l'impératif de décentralisation dans le but d'humaniser la sécurité sociale :

« Il faut que le travailleur ait à sa portée, dans le voisinage immédiat de sa résidence ou de son lieu de travail, un organisme, de préférence de faibles dimensions, qui lui assure le service régulier des prestations avec une rapidité suffisante.

Il faut que ce soit un organisme qu'il connaisse et où il sera connu, ce qui, à la fois, réduit les formalités préalables de contrôle et conduit à ce que j'ai appelé – par un mot qui est, je crois bien, de moi, quoiqu'on me l'ait reproché, hier, et qu'on l'ait interprété comme une sorte de contradiction – "l'humanisation des relations entre l'assuré et la sécurité sociale". »

Contre la conception gouvernementale et libérale de la décentralisation et de l'étatisation, les députés communistes exigent un retrait du gouvernement. Ainsi, parmi les trois types d'amélioration envisagée par Gérard Duprat lors de son intervention, le premier point prétend vouloir humaniser et démocratiser « la sécurité sociale, ce qui implique une réduction de la bureaucratie étatique dans son fonctionnement, la décentralisation et la remise de la gestion intégrale entre les mains des assurés. » Le député Duprat critique l'interventionnisme de l'Etat et de sa « bureaucratie administrative » et propose de supprimer la représentation des non-intéressés : l'Etat et les employeurs. L'un des avantages à attendre de ces évictions est la plus grande facilité à exiger le paiement des cotisations et donc la lutte contre la fraude des employeurs et de l'Etat. Un autre avantage à l'éviction de l'Etat porte sur la facilitation du travail de la sécurité sociale dont l'activité est perturbée par les directives du ministère et de son administration. Duprat explique ainsi que « depuis le 1er janvier 1945, 2.500 décrets ou circulaires sont venus compliquer la tâche déjà difficile du personnel, soit trois circulaires ou décrets par jour ; 26 circulaires pour les prestations journalières. A un certain moment, les malheureux guichetiers ne savaient plus à quel saint se vouer pour payer les prestations journalières. » Le député communiste cite l'exemple d'une « blague », liée aux difficultés faites par l'administration centrale, intitulée « circulaire sur les pieds » (voir annexe 2.2).

Pour les communistes la décentralisation est rendue nécessaire par l'excès de contrôle de l'Etat qui rend difficile et parfois impossible le travail de la sécurité sociale. La centralisation mise en question ne concerne donc pas le nombre de régime mais la tutelle exercée par l'Etat. Les critiques de la sécurité sociales (cf. point suivant), lorsqu'elles sont jugées pertinentes

(file d'attente, délai de paiement, etc.) seraient causées par l'action de l'Etat. Contrairement aux positions des députés précédents, la « démocratisation » souhaitée ne passe donc pas par la multiplication des régimes mais par le retrait du pouvoir central au profit des assurés.

2.4 L'inefficacité de la sécurité sociale

La critique d'une prétendue mauvaise gestion de la sécurité sociale est probablement l'une des plus importantes avec celle concernant les « abus ». Ici, l'argumentation repose sur l'idée que les pratiques de gestion de la sécurité sociale seraient inefficaces et génèrerait des gaspillages insupportables moralement et économiquement. Le symbole de cette critique est la discussion sur les frais de gestion consommés par la sécurité sociale pour assurer son œuvre. Le député MRP Brulot conteste la présentation de son collègue de parti Viatte selon lequel les frais de gestion ne sont pas trop élevés. D'après lui, les « rapports officiels » distribuent savamment les frais de gestion entre les lignes de compte « pour mieux en dissimuler l'importance ». En 1948 les frais de gestion s'élevaient à 19 milliards de francs soit environ 6.20% du budget. Pour le député l'artifice statistique provient de l'absence de ventilation des dépenses de gestion. Il donne l'exemple des caisses primaires et régionales qui dépensent 9 milliards de francs de frais pour 75 milliards de dépense, soit 12.2% (dont 5% pour la vieillesse et 3.5% pour les allocations familiales). Or, « les compagnies d'assurances, en particulier pour la gestion des risques accidents du travail, n'ont jamais atteint un tel pourcentage de frais ». Voilà la preuve que l'administration de sécurité sociale serait « trop lourde », comme les « administrations de la plupart des entreprises nationales ». Brulot attribue ces défauts de gestion à la taille excessive de cette administration dans la mesure où il « est au-dessus des possibilités humaines de diriger des entreprises aussi vastes », arguments partagés par Paul Reynaud pour qui « le coût de l'organisation administrative de la sécurité sociale est plus élevé que celui des compagnies privées qui, cependant, payaient des impôts et n'avaient pas la franchise postale. Je reconnais que la présentation des dépenses est faite avec une habileté consommée. Les pourcentages n'impressionnent pas ; ils cachent les colonnes de milliards qui sont derrière. ».

A droite du MRP Joseph Delachenal (RI) partage ce diagnostic sur les frais de gestion qui seraient trop élevés. Il donne l'exemple de la caisse d' Ajaccio où, selon la chambre de commerce de Paris, les frais de gestion atteignent 35%. Le député Masson (PRS) dénonce des « frais de gestion excessif » et en appelle à la « compressions de personnel car l'accroissement des frais généraux de la sécurité sociale est inquiétant » (selon lui de « 8.513 millions en 1947

à 17.555 millions en 1948 et seront plus élevés encore en 1949 »). Pour Pierre André (PRL) « les frais de gestion ont doublé et cette constatation est assez inquiétante ». Il conteste par ailleurs le chiffre de 10% de frais de gestion avancé par les députés Viatte et Patinaud qui ne prendrait pas en compte « les investissements et autres frais de gestion » (sans toutefois avancer une autre estimation). Pour le député Patinaud (PCF) à l'inverse, « l'un des mensonges répandus concerne les frais de gestion de la sécurité sociale ». A l'extérieur de l'assemblée la presse fait croire à des frais de gestion égaux à la moitié du budget général et à l'intérieur leur taux est exagéré au-dessus des 10% pour les caisses primaires et des 5% pour l'ensemble de l'institution, rapportés par les comptes de la sécurité sociale.

D'après Charles Viatte (MRP), les frais de gestion pour l'année 1949 peuvent sembler importants (près de 23 milliards de francs) mais ils sont « tout à fait acceptable » lorsqu'on les rapporte au budget général (400 milliards de francs). Sa position est plus nuancée que celle du député communiste mais la conclusion est semblable : « Je ne prétends pas qu'aucune économie ne puisse être –réalisée [...] mais cette remise en ordre ne produira pas, contrairement à ce qu'on voudrait faire croire, des effets extraordinaires. [...] Attendre des dizaines de milliards de francs d'économies dans ce domaine, c'est véritablement se moquer du public ! ». C'est d'ailleurs cette position qui est adoptée par le ministre du travail et de la sécurité sociale lors sa réponse aux interpellations sur les frais de gestion.

Dans le cadre général des frais de gestion de nombreuses thématiques sont évoquées pour illustrer les reproches de mauvaise gestion de la sécurité sociale.

On peut citer en premier lieu la critique portant sur la convention collective et le statut des salariés de la sécurité sociale. Si Charles Viatte devance les critiques en expliquant que la sécurité sociale relève du droit privé et que l'Etat ne peut rien faire sur la convention collective, le député Pierre André refuse, à la suite de Paul Reynaud « de passer sous silence les avantages extraordinaires de la convention collective qui a été consentie aux employés de la sécurités sociale » (voir annexe 2. 3).

Pour Maurice Fredet (PRL), quelles que soit les conditions réelles de vie et de rémunération du personnel de la sécurité sociale, « ce contrat collectif fut une maladresse ». Il demande par ailleurs une limitation des effectifs et qu'ils ne soient pas mieux payés que les fonctionnaires.

Sur le quatorzième mois, le député Charles Viatte admet la « maladresse du point de vue des assurés sociaux » mais rappelle que dans les conditions actuelles de rémunération un employé de caisse de la sécurité sociale est moins cher qu'un employé d'une entreprise privée – mais

mieux payé qu'un fonctionnaire. Selon lui, cette maladresse pose un problème également parce que les employés de la sécurité sociale jouissent d'« une certaine stabilité de l'emploi [...] alors que bon nombre d'assurés commencent à sentir la menace du chômage ». Cependant, si ce reproche est légitime ce n'est pas au parlement que les assurés doivent l'adresser mais aux représentants élus dans les conseils d'administration des caisses.

Pour le communiste Alfred Costes, les conditions de la convention collective n'ont rien d'extraordinaire et même si elles l'étaient elle se justifierait par le travail acharné du personnel de la sécurité sociale qui « n'a marchandé ni sa peine ni ses efforts ». Le député s'engage alors dans une longue défense des personnels de la sécurité sociale en comparant leurs salaires avec ceux des personnels du privé (voir annexe 2.3).

Un autre point de débat important sur la gestion de la sécurité sociale porte sur ce que certains députés appellent « la politique des châteaux », c'est-à-dire la politique d'acquisitions de bâtiments (administratif, sanitaires ou sociaux) de la sécurité sociale. Pour Delachenal, c'est l'illustration du « gaspillage » de la sécurité sociale qui achète « des châteaux [et] des hôtels de luxe [...] à des prix excessifs ». Citant « un mutualiste un peu humoriste », il qualifie cette politique « la maladie de la pierre : « Chaque caisse veut avoir ses immeubles à elle, indépendamment de la caisse voisine. Une des principales raisons de ces gaspillages réside dans l'irresponsabilité ». Il faudrait donc « interdire les achats de châteaux ou d'hôtels ». Maurice Fredet donne un exemple de ces « dépenses somptuaires » avec le cas de l'établissement de Beaurouvres en Eure-et-Loir (voir annexe 2.3).

D'après Charles Viatte (MRP), s'il est vrai que certaines acquisitions ont été abusives, le patrimoine immobilier de la sécurité sociale n'étant que « de quelques centaines de millions de francs », il ne pense pas qu'il soit possible d'« économiser des milliards à ce poste, et il faut bien que les caisses soient logées ». Dans cette optique le ministre du travail et de la sécurité sociale présente une longue liste des acquisitions faites et de leur prix afin de « ramener la portée de cette politique à de justes proportions ». Cependant, alors que le ministre arrive à un total proche de 450 millions de francs Paul Theetten rappelle au ministre qu'un de ces précédents décomptes produisait le chiffre de 784.568.000 francs. Pour le ministre ce n'est pas une surprise puisqu'il distingue les bâtiments à usage administratifs et les autres. En réalité, le total donné par Daniel Mayer est supérieur à « 900 millions de francs » mais ce n'est pas un problème d'après lui :

« Il vous paraît normal qu'un châtelain occupe un château, avec dix domestiques, en tout et pour tout, pendant deux mois chaque année. Il me paraît bien plus

normal, à moi, que des enfants, des malades et des convalescents puissent jouir d'immeubles qui devraient tous être patrimoine national plutôt que propriété d'un particulier.

Un milliard pour l'acquisition de châteaux – y compris les locaux à usage administratif – ne me paraît, je le dis en toute amitié à ceux qui en parlent si souvent, singulièrement disproportionné, non seulement avec le but magnifique et social déjà atteint, mais bien plus encore avec la totalité des dénigrements qui sont sans cesse opposés à la politique des châteaux. »

De nombreux autres sujets sur la gestion de la sécurité sociale ont été débattus : longueur des files d'attente, réforme hospitalière, concurrence déloyale de la sécurité sociale face aux professionnels de santé libéraux, couts de l'action sanitaire et sociale, financement des cures thermales, etc. Par soucis de concision nous n'y revenons pas. Néanmoins, avant de clore ce passage sur les critiques de gestion de la sécurité sociale, il paraît nécessaire de souligner une critique assez originale : pour certains députés, la sécurité sociale serait trop politisée, ce qui expliquerait les problèmes de gestion. Ainsi, pour le député RI Joseph Delachenal le mode d'élection des conseils d'administration pose problème parce que les élus sont « surtout composés des délégués des organisations syndicales » plutôt que de mutualistes ou d'individus ayant des compétences :

« La politique a malheureusement trop pénétré dans cette organisation.

La caisse centrale de la région parisienne – un grand mutualiste me le disait l'autre jour – constitue, en vérité, un petit parlement avec sa droite, son centre, sa gauche, son extrême gauche ; des conciliabules de groupes ont lieu avant la réunion. Tout cela est fort regrettable.

Aussi n'y a-t-il point lieu de s'étonner si les agents de la sécurité sociale ont trop souvent une mentalité de fonctionnaires et non point une mentalité de mutualistes. Je ne dis pas tous, mais plusieurs d'entre eux reçoivent assez mal les assurés, les font attendre, les renvoient de bureau en bureau. Les permanences des jours de fêtes et des dimanches sont assez mal organisées. On ne trouve pas chez ces employés le dévouement et la cordialité que l'on rencontrait jadis chez les mutualistes. »

L'échange entre Pierre André et Marius Patinaud sur le sujet permet d'éclairer leurs positions radicalement opposées sur ce qu'est et ce que devrait être la sécurité sociale :

« Pierre André. [...] Enfin, on a parlé de la politisation de la fédération nationale des organismes de sécurité sociale. Malgré les élections de 1947, les cadres du personnel de la sécurité sociale qui manient les leviers de commande sont presque tous communistes.

M. Marius Patinaud. Le malheur, pour vous, c'est qu'il y a des ouvriers à la sécurité sociale.

M. Pierre André. Dans de nombreuses caisses, ils imposent leurs hommes.

M. Marius Patinaud. Parlez-nous des 40 milliards que doivent les patrons à la sécurité sociale !

M. Pierre André. Je ne veux pas prolonger le débat en dénonçant les abus de pouvoir accomplis par des administrateurs et des présidents de caisses communistes. »

Dans un autre registre Charles Viatte assume la similarité entre la sécurité sociale et l'assemblée nationale. Comme nous l'avons souligné plus haut, il considère que les reproches faits à la sécurité sociale ne devraient pas être entendus à l'assemblée nationale car ils n'en sont pas les élus :

« Car c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier : les assurés ont élu des administrateurs de la sécurité sociale comme ils ont élu des parlementaires, comme ils élisent des conseillers municipaux ou de conseillers généraux. Lorsque quelque chose ne va pas sur le plan national, il est parfaitement légitime que les citoyens protestent auprès de leurs représentants nationaux. Mais lorsqu'on proteste auprès de moi contre quelque chose qui ne va pas sur le plan de telle ou telle commune, je renvoie le protestataire au conseil municipal qu'il a élu. Il doit en être de même en ce qui concerne la sécurité sociale.

Je sais bien que les élections de 1947 ont été faites d'une façon quelque peu inconsciente, en ce sens que les électeurs ne se sont pas toujours rendu compte de l'importance du vote qu'ils émettaient. Je sais bien aussi que beaucoup ne savent pas pour qui ils ont voté. Je considère qu'il y a là une éducation à faire, et que la meilleure façon de la faire c'est de mettre en contact les assurés avec leurs représentants. »

2.5 La crise économique et la concurrence internationale

La dernière thématique intensivement débattue à l'été 1949 porte sur la place de la sécurité sociale dans l'économie générale du pays. L'une des premières questions posées à ce sujet porte sur l'interprétation qu'il convient de faire des cotisations sociales : sont-ce du salaire ou de nouvelles charges pour les entreprises ?

D'après le député MRP Charles Viatte aucune équivoque n'est possible. Les cotisations sociales ne sont pas des charges payées par les entreprises mais une nouvelle forme de salaire. Il conteste l'idée qu'il y aurait des cotisations payées par les salariés (6%) et d'autres payées par les employeurs (le reste). Pour expliquer sa position il propose de prendre 1938 comme année de référence, date qui ne peut souffrir de contestation car « des améliorations étaient possibles », et d'observer l'évolution des prix et de salaires. Selon ses calculs, le coefficient d'augmentation des salaires réels entre 1938 et 1949 est compris entre 10 et 11 alors que l'indice du coût de la vie est à 18 (sans prendre en compte les prix industriels dont le coefficient d'augmentation est supérieur). Si l'on prend l'ensemble des salaires directement versés et des « charges sociales », le coefficient d'augmentation passe à 13. La conclusion est limpide : d'une part, les cotisations sociales ne font que compenser la faiblesse de l'augmentation des salaires et, d'autre part,

« On n'a donc pas le droit de dire que l'augmentation des charges sociales écrase l'économie. Il reste une marge importante entre l'ensemble salaires et charges sociales, et l'augmentation générale des prix industriels. »

Marius Patinaud abonde dans ce sens en affirmant à la tribune qu'« il est faux que les capitalistes et le patronat fassent les frais de la sécurité sociale. Seuls, au contraire, les travailleurs en assument toutes les charges ». Pour convaincre l'Assemblée, le député cite un texte écrit par Pierre Laroque (directeur général de la sécurité social) dans la revue *Droit social* :

« [...], pour apprécier le poids exact de cette charge, [...] ce qui importe [...] dans le prix de revient de l'industrie, dans l'ensemble de l'économie française, ce ne sont pas les charges seules, c'est le total des salaires et des charges sociales. Car, au fond, ces charges ne sont pas autre chose qu'un élément du salaire, un salaire collectif distribué sur d'autres bases que les bases normales de répartition des salaires.

Or, l'un des faits caractéristiques de révolution de l'économie française depuis dix ans est la diminution du pouvoir d'achat des salariés.

D'après les derniers chiffres publiés par l'Institut national de statistiques et d'études économiques, alors que la production française, pour l'ensemble de l'année 1947, a représenté sensiblement 90 p. 100 du niveau de 1938, le pouvoir d'achat de la masse des salaires distribués au cours de cette même année n'a représenté que 60 p. 100 de ce qu'était ce pouvoir d'achat pour la même année 1938.

Si l'on ajoute à ces 60 p. 100 l'augmentation des charges sociales – car il ne faut pas oublier qu'il y avait des charges sociales en 1938, charges sociales moins élevées certes, mais qui représentaient dans l'ensemble 20 p. 100 des salaires – on est encore très loin d'arriver à un pouvoir d'achat de l'ordre de 90 p. 100 de celui de 1938.

C'est dire que la part de la production affectée à la masse des salariés, part comprenant à la fois les salaires et les charges sociales, a diminué depuis 1938, bien que les charges sociales aient augmenté de plus de 50 p. 100. »

Plus généralement, Patinaud fait constater que la part des salaires dans la production nationale a chuté entre 1938 et octobre 1948 de 45% à 30%, tout comme celle des « économiquement faibles » (de 12% à 2%) et des petits exploitants agricoles (de 8% à 7%). Cette chute contraste avec la hausse de la part des richesses prélevée par les gros propriétaires terriens (de 5.5% à 8%) et par les capitalistes (de 29% à 47%). Il en conclut que la situation des travailleurs ne pourra s'améliorer que par la « lutte et l'union dans la lutte ». De façon nettement moins radicale, Daniel Mayer prétend, à l'image de l'argument de Viatte, que les charges sociales « font partie du revenu des travailleurs salariés au même titre que les salaires. [...] Si les prestations sociales n'avaient pas été aussi fortes, il aurait été nécessaire d'accroître les salaires nominaux d'une façon beaucoup plus importante qu'ils ne l'ont été. ». D'après ses calculs, l'indice des prix « sur 34 articles à Paris » base 100 en 1938 s'élevait à 1884 en 1948 contre un indice de 830 pour les salaires. Il serait désormais « impossible de séparer le salaire direct ou individuel du salaire social ou collectif pour juger de la part des salaires dans le revenu national.

A l'opposé de ces premiers développements sur les cotisations sociales, Pierre André conteste le niveau des charges sociales qui constituerait « un énorme fardeau » qui pèse sur l'économie du pays et d'abord sur le « consommateur français » (se reporter à l'Annexe 2.4)

Dans le même ordre d'idée, Paul Reynaud rappelle quelques-unes de ses fonctions prestigieuses sous la Troisième république (président du conseil et ministre des finances notamment) afin de poser le problème d'économie générale lié à la sécurité sociale. Il propose ainsi de replacer la question de la sécurité sociale dans le « cadre du problème français ». Ainsi, si le député reconnaît que le salaire « immédiat » et le salaire « social » ne sont pas plus élevés qu'avant-guerre, « sur le marché international, il ne suffit pas de se contempler il faut se comparer ». Si d'après lui, « il ne peut y avoir de pays prospère avec une classe ouvrière malheureuse [...], il ne peut y avoir de classe ouvrière heureuse dans un pays ruiné ». Or, l'aide américaine (avec le prêt bail) cacherait de « sombres réalités » comme le fait d'accumuler en Europe de l'Ouest deux fois plus d'habitants qu'aux Etats-Unis sur un territoire deux fois plus petit et dépourvu de matières premières. Le jour où les américains ne prêteront plus leur excédent financier, il sera impossible à la France de se procurer des matières premières et le risque sous-jacent est l'approfondissement de la crise économique.

Dans ce cadre, la sécurité sociale serait une « imprudence » qui peut devenir « mortelle » Il faudrait cesser d'isoler la sécurité sociale du reste de l'économie du pays « et de prétendre la présenter comme une sorte de sanctuaire devant lequel nous n'aurions que le droit de faire une génuflexion, en passant ». Plutôt que de vouloir améliorer artificiellement l'ordre social il faudrait commencer par s'avancer dans l'ordre technique, ce qui implique une modernisation de l'outil de production. A l'appui de son argumentation Reynaud mobilise les mots de Pierre Mendès-France pour qui « Il est maintenant indispensable de réduire les charges non rentables qui pèsent lourdement sur le revenu national, il y a d'abord la sécurité sociale. [...] Les mesures les plus efficaces dans ce domaine seront celles qui mettront fin à des réglementations dont l'effet est souvent d'encourager le malthusianisme, la sous-production et l'absentéisme, au lieu de constituer, comme il est nécessaire, des encouragements et des stimulations au progrès de l'économie nationale » (on trouvera ces arguments en annexe 2.4).

Paul Reynaud est partisan de faire l'Europe : « Il faut faire un grand marché, il faut faire une Europe. Encore faut-il, sur le plan économique, pouvoir lutter avec nos concurrents européens qui formeraient avec nous une seule entité économique. »

La démonstration de Reynaud est loin d'être isolée à l'Assemblée. Ainsi, le député Masson (PRS) explique qu'il serait « puéril de vouloir et criminel de promettre tout à la fois un standard de vie comparable à celui d'avant-guerre, le plan Monnet, des dépenses militaires élevées et les lois sociales les plus progressives ». Comme les nationalisations, la sécurité sociale serait un poids pour l'économie du pays qui pèserait sur les prix et l'inflation. Ces

charges sociales « les plus lourdes du monde » constitueraient donc un handicap pour les exportations, elle-même nécessaires à la survie économique du pays. Pour Pierre André, la problématique est limpide : « Si l'Union européenne, que vous appelez unanimement de vos vœux, devenait une réalité, et si les barrières douanières tombaient, comment pourrions-nous aligner nos prix sur ceux de la concurrence étrangère, alors que les charges sociales chez nos voisins sont inférieures aux nôtres ? »

Cette critique générale sur l'impact de la sécurité sociale sur la place de la France dans la compétition internationale reçoit deux types de réponse. Pour les socialistes comme Albert Gazier, il n'est pas question de revenir sur le niveau des prestations servi par la sécurité sociale. L'action de la France s'inscrit dans une dynamique internationale d'amélioration du sort des travailleurs. Il concède que « nous devons dire qu'il est possible de mieux aménager et de mieux gérer, qu'il faut le faire, mais croire que l'on pourra en tirer un soulagement quelconque dans le domaine des prix et dans celui des charges, c'est leurrer l'opinion. » Le député socialiste invite alors ses collègues à poser le problème à l'échelle mondiale. Gazier cite à ce titre le rapport du directeur général du Bureau international du travail qui montre que dans « le monde entier, quels que soient les continents ou les régions, tous les pays ont perfectionné, plus particulièrement au cours de ces dernières années leur système de sécurité en l'étendant soit à des risques nouveaux, soit à de nouvelles catégories de la population ». Les exemples qu'il décrit brièvement sont nombreux : la Grande-Bretagne, la Tchécoslovaquie, l'Australie la Bolivie, Cuba, l'Islande, la Bulgarie, la Pologne les Etats-Unis, l'Inde, l'Italie, le Japon, etc. L'ensemble de ces pays et d'autres, indépendamment des régimes politiques, vivent une dynamique d'élargissement des droits sociaux. Dans ce contexte, « le groupe socialiste [...] fera tout ce qui est en son pouvoir pour que, l'an prochain, on ne puisse pas lire dans le rapport du directeur général du B. I. T. que la France qui, pendant un certain temps, a été en avant des autres pays a seule reculé. »

A l'appui de l'argument d'Albert Gazier, le ministre du travail et de la sécurité sociale écarte les craintes de Reynaud sur la concurrence internationale puisqu'elles ne prennent pas en compte « l'effort d'harmonisation des législations sociales qui se développe depuis des années ». Le ministre cite sur cette question l'article 2 du pacte de Bruxelles qui concerne la Grande-Bretagne, la Belgique, la Hollande, le Luxembourg et la France. Le ministre explique plus précisément que l'harmonisation entre les 5 pays ne se fera pas en fonction du pays le moins avancé mais en fonction du régime « le plus favorable à la classe ouvrière ». Au-delà même du contexte de la construction européenne, Daniel Mayer assure que :

« Le mouvement d'uniformisation des législations et des conditions sociales ne se développe d'ailleurs pas seulement dans le cadre des ententes régionales. L'œuvre d'unification législative que l'organisation internationale du travail poursuit depuis trente ans en matière sociale, va s'orienter bientôt vers la sécurité sociale. [...]

Plus récemment encore, les projets d'assistance technique appelés à prendre rapidement une très grande extension ont pour but essentiel de faire sortir les pays sous-développés de ce que j'appellerai le Moyen Age économique et social dans lequel ils vivent. Cette œuvre d'assistance ne peut avoir pour résultat que de relever le niveau de vie des populations, de doter les travailleurs de ces garanties minima que leur apporte la sécurité sociale. [...]

Un tel état d'esprit montre que la sécurité sociale est un instrument qui garantit des pays comme le nôtre contre la concurrence des nations dans lesquelles les conditions de travail risqueraient d'être si rudimentaires que les prix de revient obtenus à la suite des procédés de dumping employés par le Japon entre les deux guerres, et dont M. Paul Reynaud, à cette tribune, hier après-midi, exprimait la crainte, en voyant arriver à Tanger des cotonnades japonaises, qu'ils ne se renouvellent.

Le ministre du travail ne peut que se réjouir de ces manifestations qui tendent à porter dans le monde entier les conditions de vie des travailleurs à un niveau toujours plus élevé. Et ceux qui attachent leur attention aux aspects économiques des problèmes sociaux trouveront, je l'espère, un certain nombre d'apaisements dans cette tendance irrésistible à l'alignement sur les conditions sociales optima, car elle est la garantie de charges sociales sensiblement équivalentes et une assurance contre les crises nées des disparités des prix de revient et contre ces dumpings néfastes qui ont été dénoncés hier après-midi. »

Porté par le groupe communiste, le deuxième type de réaction apporté à la problématique de la concurrence internationale est moins optimiste. Pour les députés du PCF, la concurrence internationale et les problèmes afférents sont déjà là à cause de l'impérialisme américain soutenu par l'ensemble des partis de gouvernement. Comme nous l'avons souligné plus haut, pour Patinaud la critique de la sécurité sociale est un « dérivatif » pour ne pas parler de la crise économique liée notamment à « l'envahissement de notre marché par les produit américain et allemands » (voir les arguments d'Isabelle Claeys et de Duprat en annexe 2.4).

3. La matrice des solutions

3.1 Le renforcement du contrôle

L'ensemble des critiques précédentes justifient selon un grand nombre de députés le renforcement du contrôle de l'état sur la sécurité sociale et de la sécurité sociale sur les assurés eux-mêmes³⁷. Le contrôle et les sanctions associées en cas de non-respect des règlements sont présentés comme des armes puissantes contre la mauvaise gestion et les gaspillages. On peut citer Maurice Fredet (PRL) à ce sujet pour qui

« il est indispensable [...] de] renforcer le contrôle de l'Etat sur les organismes de la sécurité sociale. Il est anormal que la sécurité sociale échappe au contrôle de l'inspection générale des services administratifs. Avec son budget énorme, la sécurité sociale est un véritable Etat dans l'Etat. Echappant à tout contrôle des services préfectoraux, elle jouit d'un véritable droit d'allégeance. Les hauts fonctionnaires, comme le trésorier-payeur général ou le directeur départemental des P.T.T., sont soumis au contrôle du préfet. La direction des caisses en a été exemptée jusqu'à maintenant.

De même que la femme de César, la sécurité sociale ne doit pas être soupçonnée. Qu'elle se soumette à la règle commune de contrôle de l'Etat, et un grand pas aura déjà été fait. »

L'intérêt pour le contrôle de la sécurité sociale est partagé par son collègue PRL Pierre André pour qui le budget de la sécurité sociale est « considérable » et doit donc être soumis à un contrôle « exercé du dehors ». En effet, selon lui, il ne faudrait pas que les contrôles soit réalisé par « des agents pris en son sein », ce serait inadmissible. Au contraire, « le ministère des finances et la Cours des comptes doivent contrôler les dépenses de la sécurité sociale et sa gestion, ainsi que le Parlement qui doit être appelé à voter son budget ». Cette volonté de contrôle parlementaire se retrouve dans l'intervention de Paul Reynaud (RI) (voir annexe 2.5).

Reynaud demande notamment que soit créé un budget annexe pour l'ensemble de la sécurité sociale. C'est d'autant plus important dans sa perspective que « le Parlement ne peut pas, au seul titre du régime général, prélever 400 milliards de francs, c'est-à-dire plus du tiers du budget, sur les Français, sans remplir son devoir de contrôle de l'emploi des fonds et qu'à

³⁷ Une autre forme de contrôle promue est celle des assurés entre eux via le renforcement de la mutualité au détriment de la sécurité sociale. Voir plus bas.

partir de 1950 un budget prévisionnel des dépenses et des recettes soit voté au Parlement chaque année : « Le contrôle a posteriori de la cour des comptes, dont on parle beaucoup, c'est très bien ; mais le contrôle a priori du Parlement, c'est mieux ».

Le socialiste Pierre Segelle (voir annexe 2.5) exprime son accord avec ceux qui veulent promouvoir l'aspect humain de la sécurité sociale et ceux qui réprovent la fraude. Ainsi, il promeut le contrôle de l'Etat mais pas l'étatisation à court terme : « Contrôle de l'Etat ? Oui. Etatisation ? Non, tout au moins, pas actuellement. »

En plus du contrôle par l'Etat de la sécurité sociale, une solution envisagée pour remédier à la prétendue mauvaise gestion de la sécurité sociale porte sur le contrôle des assurés. Ainsi, le député Pierre André propose notamment de renforcer le contrôle médical afin de « dépister » les « simulateurs ». Cependant, ce renforcement du contrôle médical ne devrait pas être fait en mettant en cause les médecins qui peuvent être trompés par le patient.

« Quand un ouvrier se présente chez un médecin, que ce soit le docteur Fredet ou le docteur Segelle, et lui déclare : "J'ai mal dans le dos. Quand je me redresse, j'éprouve une douleur", même s'il ne constate rien à l'auscultation, le médecin ne peut pas lui dire : "j'affirme que vous n'avez rien". Si l'ouvrier change de médecin, le second auquel il s'adressera finira par reconnaître qu'en effet l'auscultation ne révèle aucune maladie, mais que le patient se plaint de douleurs dans le côté ou aux reins. Vous ne pouvez pas mettre en cause les médecins à propos de l'accident du travail ou de la petite maladie simulée.»

Le contrôle médical est contesté par le député socialiste Pierre Segelle (voir annexe 2.5). Selon lui, Pierre André confond le petit risque et la maladie de courte durée dont les effets peuvent aller jusqu'à six mois d'incapacité finissant soit par la guérison, l'incapacité permanente ou la longue maladie. Or, si pour les maladies de courte durée (quelques semaines ou quelques mois), « le développement du contrôle médical, s'il est bien effectué, peut donner d'excellents résultats », c'est impossible pour le petit risque qui « est exactement le type du risque non contrôlable médicalement ». Le contrôle médical dans ces cas-là serait inefficace au contraire du contrôle administratif. Pour le socialiste, il faudrait par exemple « obliger le malade à ne pas quitter son domicile et, le cas échéant, à rester au lit, ainsi, il n'ira pas bêcher le jardin de son voisin ». Cette distinction entre contrôle médical et contrôle administratif est partagée par Maurice Fredet qui propose de développer le contrôle administratif et par exemple « de limiter au maximum le nombre des heures de sortie autorisées ». Le contrôle

médical ne peut pas s'exercer sur « le temps de repos » mais tout au plus sur l'utilisation des « prestations médicales ».

La position du MRP face au contrôle est plus hétérogène. Pour André Burlot « la gestion du risque maladie n'est pas exempte de critique » ce qui exige de « porter remède » à l'organisation de la sécurité sociale pour « faciliter le contrôle ». Pour son collègue de parti Charles Viatte, le renforcement du contrôle est indispensable mais il ne faut pas en attendre des réductions de dépense significatives. Il cite sur la question du contrôle le cas de la caisse primaire de Besançon où plus de 700 assurés ont été poursuivis en 1948, pour autant de sanction (dont certaines en correctionnelles). Le résultat de cette activité renforcée de contrôle a été la réduction de la moyenne des absences au travail dans l'année de 10 jours à 6 jours. Selon lui, bien que « ce moyen ne [soit] sans doute pas très populaire, [...] la crainte du gendarme est le commencement de la sagesse et, lorsque les assurés sauront qu'en fraudant ils s'exposent à de lourdes sanctions, ils auront certainement moins tendance à frauder ». Sans s'opposer à son collègue, le député MRP Louis Siefridt rappelle que depuis presque 20 ans les conseils d'administration et les dirigeants des caisses ont le souci de la bonne administration et qu'il « serait étonnant qu'on puisse subitement faire des économies spectaculaires ». Le contrôle administratif et médical existe depuis longtemps et les caisses ont toujours été sous contrôle du ministère du travail et des finances. L'une des seules améliorations possibles sur ce point serait d'unifier le contrôle par la création d'un « corps unique de contrôleurs susceptibles de vérifier, au cours d'une même inspection, toutes les opérations d'une caisse. La multiplicité des contrôleurs qui se succèdent, se contredisant parfois, interrompant nécessairement et longuement le cours du travail quotidien, ne me paraît pas bonne en soi ».

La position du parti communiste, exprimée par Marius Patinaud, consiste à montrer que le contrôle existe déjà et que la sécurité sociale est bien plus sous contrôle que n'importe qu'elle autre institution. Encore une fois, les communistes condamnent le gouvernement qui aurait les moyens de contredire aisément les campagnes de presses contre la sécurité sociale mais qui ne s'y résous pas. Pour appuyer son argumentation sans « être taxée de partialité », le député propose une synthèse d'un « rapport qui précède le décret du 25 mars 1949, publié au Journal officiel du 26 mars et qui porte la signature de M. le président du conseil ». Le contrôle s'organise à deux niveaux. A un premier niveau, sous la responsabilité du ministre du travail, un corps de contrôle général de la sécurité sociale a été créé et doté d'un effectif de 32 hauts-fonctionnaires « dont la tâche est d'assurer la liaison permanente entre les organismes locaux et l'administration centrale, et de remplir toutes les missions de contrôle qui leur sont confiées

par la direction générale ». Ce contrôle s'appuie sur les documents obligatoirement remis par les directeurs régionaux et les administrateurs des caisses, d'une part, et par un contrôle « sur place » confié à des inspecteurs de la sécurité sociale relevant de la direction régionale, d'autre part. En plus de ce premier niveau qui permet à l'Etat d'être « au courant de toute la vie interne des organismes », à un second niveau s'exerce le contrôle de l'administration des finances par le contrôle permanent des comptables publics du Trésor. Par ailleurs, l'inspection générale des finances est chargée de contrôler obligatoirement tous les ans les organismes de sécurité sociale.

Sur la question des investissements, aucun placement supérieur à un million de francs (notamment achat d'immeuble) ne peut se faire « sans l'agrément du conseil d'administration de la caisse nationale de la sécurité sociale, au sein duquel siègent les ministres du travail et des finances et les représentants de la caisse des dépôts et consignations » - ces derniers ayant un droit de veto. Dans ce cadre, Patinaud défend l'idée selon laquelle s'il y a des abus ou des défaillances de la part de la sécurité sociale, la responsabilité « en incomberait au gouvernement qui aurait négligé d'user des moyens étendus de contrôle que lui confère la loi ». Enfin, le député communiste précise qu'indépendamment du fait que la sécurité sociale est une organisation privée, vivant sans subvention de l'Etat, « le contrôle de l'Etat est total ». Or, il remarque que

« si le Gouvernement, qui subventionne des œuvres comme l'Entraide française et la Croix-Rouge, où les frais de gestion atteignent 33 et 35 p. 100, les contrôlait avec autant de soin que la sécurité sociale, il est hors de doute que ces œuvres privées consacraient une plus grande partie de leurs ressources à soulager les misères ».

Sans répondre directement à l'interpellation de Marius Patinaud, le ministre du travail et de la sécurité sociale confirme la force du contrôle exercé par l'Etat sur la sécurité sociale :

« Il n'est pas de service administratif où un contrôle aussi étroit soit exercé. Ce contrôle est particulièrement strict, et les organismes de sécurité sociale ne se font pas faute de se plaindre de la lenteur de la procédure, des difficultés que celle-ci entraîne pour mener à bien des opérations dont l'intérêt, soit administratif, soit sanitaire, est indiscutable. »

Pour illustrer le sérieux du contrôle exercé par l'administration, Daniel Mayer donne plusieurs exemples de faits illicites qui ont été sanctionnés ou qui sont sur le point de l'être, tels que le

préventorium de Beaurouvre (voir annexe 2.5) qui avait fait l'objet d'une interpellation de la part de Maurice Fredet :

Le ministre Daniel Mayer se présente comme quelqu'un, « qui connai[t] aussi les défauts de la sécurité sociale, [et qui] n'hésite pas à prendre des sanctions contre les caisses qui commettent des abus ».

3.2 La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949

Contre l'idée d'une utilisation abusive des services de la sécurité sociale par les assurés une minorité de députés proposent de mettre en place le tiers-payant pour l'assurance santé. C'est le cas du groupe communiste qui désire modifier les ordonnances d'octobre 1945. Selon Marius Patinaud, l'objectif de l'instauration du tiers-payant serait notamment de réaliser une simplification des formalités administratives pour les assurés et de faciliter l'accès aux soins. En effet, de nombreux retards de remboursements des avances faites par les assurés et de nombreuses files d'attente dans les caisses compliquent le fonctionnement de la sécurité sociale. Cette proposition est développée dans l'intervention de Gérard Duprat (Annexe 2.6) qui souhaite un tiers-payant généralisé à la fois pour les honoraires médicaux mais aussi pour les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation. D'après lui le tiers-payant permettrait la réduction des formalités administratives donc de la paperasserie et des pertes de temps. Enfin, il considère que l'instauration du tiers-payant permettra de respecter le montant légal du remboursement des frais médicaux (80%) car les producteurs ne pourront plus détourner le cadre légal (voir annexe 2.6).

Anticipant les critiques liées à un effet probable du tiers-payant sur la (sur)consommation des soins (les « abus »), le député communiste prend pour contre-exemple le cas du système de santé anglais :

« On nous dit qu'en Angleterre, depuis que le tiers payant a été institué, les gens vont beaucoup plus souvent chez le dentiste et portent beaucoup plus de lunettes. Très tranquillement, je répondrai d'abord que le système français ne devra pas être calqué sur le système anglais. Il devra être plus libéral. Ensuite, que signifie le fait qu'en Angleterre, on va maintenant plus souvent chez le dentiste et chez l'oculiste ? Cela signifie-t-il que des gens qui ont de bonnes dents vont chez le dentiste pour leur plaisir ? C'est inconcevable, n'est-ce pas ? Cela signifie-t-il que les Anglais qui ont bonne vue se mettent maintenant à porter des lunettes, par snobisme ? Cela

non plus n'est pas concevable, mes chers collègues. La vérité, ce n'est pas qu'il y a maintenant surconsommation, mais qu'il y avait auparavant une sous-consommation préjudiciable à la santé publique, comme d'ailleurs aux affaires des médecins. »

En plus du groupe communiste, le député MRP Henri Meck fait figure d'exception sur la question du tiers-payant. Dans son discours il fait référence à une proposition de loi qu'il a déposé quelques semaines plutôt avec des collègues alsaciens et lorrains afin que le régime local de sécurité sociale (où le tiers-payant existe déjà) puisse perdurer :

« Les populations ouvrières de ma région connurent, pendant un siècle, un fonctionnement de leur caisse de maladie les dispensant de la nécessité de payer le médecin à la visite. [...] Il est naturel que les assurés aspirent à reconquérir cette libéralité dont ils furent frustrés, il y a trois ans, avec l'introduction du nouveau régime de sécurité sociale. Pour atteindre ce but, deux possibilités s'offrent : ou bien introduire, pour l'ensemble du territoire, un régime du tiers payant dont les modalités seraient encore à déterminer, ou bien trouver une solution de ce problème sur le plan régional sous le signe du respect d'un droit acquis. »

Selon le député Meck, deux arguments principaux peuvent soutenir l'extension du tiers-payant à l'ensemble du pays. D'une part, il serait « incontestable que cette réforme simplifierait considérablement l'administration des caisses et dispenserait les assurés de la perte de temps que leur imposent les attentes dans les queues devant les guichets ». D'autre part, il n'y a pas d'élément probant permettant de dire que le tiers-payant et la sécurité sociale elle-même génère des abus nuisibles à sa viabilité financière. Les abus existent mais sont marginaux tant que la démonstration du contraire n'a pas été faite : « sous ce rapport, la sécurité sociale partage le sort de chaque institution humaine ».

La défense du tiers-payant trouve très peu d'échos en dehors du parti communiste et du cas isolé au sein du MRP d'Henri Meck. Ainsi, dans sa critique de la fonctionnarisation de la médecine due à la généralisation de la mutualité en plus de la sécurité sociale, Georges Coudray (MRP) explique que le ticket modérateur est essentiel pour lutter contre « l'abus des prestations d'ordre médical et pharmaceutique ». Ce serait « le meilleur frein à cette surconsommation ». Pour appuyer son argumentation le député cite « l'avis très autorisé de M. Alexandre Aron, ancien directeur général des assurances sociales » selon qui « il faut rendre au ticket modérateur sa signification première [...] interdisant de couvrir par une assurance [comme les mutuelles ou les complémentaires santé] la participation [que la sécurité sociale] a

mise à la charge de l'intéressé et [en] sanctionnant convenablement l'infraction, aussi bien du côté de l'assuré que de l'organisme assureur ». Dans cette perspective, le ticket modérateur et l'absence de tiers-payant sont la garantie de la modération de la dépense de santé. Cet avis est partagé par Maurice Fredet qui craint la surconsommation d'actes médicaux et la baisse de la qualité des soins « du fait que l'acte médical deviendra obligatoirement plus rapide ». Le député dit refuser avec les médecins que ce que ceux-ci deviennent des « distributeur[s] automatique[s] d'actes médicaux, [des] machine[s] à ordonnances ou [des] duplicateur[s] de certificats ». Il faudrait cesser l'extension de la sécurité sociale comme en Grande-Bretagne « qui garantit le citoyen contre tous les risques, du berceau à la tombe en passant, comme le disait un humoriste, par le perruquier, le dentiste, l'opticien, l'orthopédiste, etc. ». Le député Jean Masson assure que les radicaux sont opposés à la mise en place du tiers payant en raison du risque certains de surconsommation. Plus à droite Pierre André refuse également le tiers-payant dans le but de sauvegarder la sécurité sociale : « Je prétends qu'il faut mettre un frein à une resquille qui coûte cher et cause le plus grand tort à la cause de la sécurité sociale ».

La position du socialiste Pierre Segelle est plus souple, s'il se dit favorable au tiers-payant, il en fait une sorte de menace face à la profession médicale qui refuse de signer des conventions permettant de rembourser les patients, position soutenue par le ministre Daniel Mayer :

« En outre, l'examen des bénéficiaires du petit risque permet de constater que les maladies d'enfants entrent pour une part importante dans les maladies de brève durée. Ce sont les familles nombreuses qui auraient à supporter les conséquences d'une si grave mesure. Cela mettrait en péril tout l'effort de prévention, en contraignant les parents à ne pas faire venir le médecin aussi souvent qu'il le faut lorsqu'un enfant tombe malade. C'est la raison pour laquelle nous mettons en garde tous les assurés et les honnêtes gens de ce pays contre une mesure qui tend à sacrifier la santé de nos enfants pour grossir les profits capitalistes et satisfaire les besoins de la guerre qu'on prépare.

Si, depuis la fin de la guerre, une augmentation importante des naissances et, chose unique depuis 1919, un excédent quasi permanent du nombre des naissances sur celui des décès sont enregistrés, il faut en rechercher les raisons dans les mesures nombreuses prises depuis la libération dans le cadre du plan français de sécurité sociale. Les craintes que soulevait, pour un jeune ménage, dans un passé récent la venue d'un enfant sont aujourd'hui atténuées par suite de la mise en œuvre de nos institutions sociales. Vouloir porter atteinte à ces réformes,

ce serait nuire à l'amélioration de notre situation démographique, quand des résultats importants sont atteints dans la régression de la mortalité infantile. »

Bien que les communistes accusent le gouvernement de vouloir de ne plus rembourser le petit risque, celui-ci s'en défend par l'intermédiaire du ministre Daniel Mayer. Selon ce dernier, le petit risque est « le bouc émissaire » de ceux qui s'attaquent à la sécurité sociale. Pourtant la définition de ce petit risque est particulièrement floue. Si l'on considère que le petit risque se définit du point de vue du budget familiale, le petit risque est celui qui coute peu et qui pourrait faire l'objet d'une franchise – la sécurité sociale n'intervenant qu'à partir d'un certain montant décidé à l'avance. Le problème dans ce cas repose sur le fait que la franchise fait peser sur les familles une charge importante dès que plusieurs maladies se succèdent. Paradoxalement, le système de la franchise constitue même une incitation à atteindre rapidement le seuil de dépense remboursé de façon à pouvoir être remboursé intégralement. Si l'on considère que le petit risque se définit du point de vue de la durée des maladies, le petit risque est celui qui n'excède pas une durée de 8 à 15 jours. Le problème se pose lorsque ces maladies courtes nécessitent une hospitalisation : les tarifs à la journée sont tels que les budgets de ménages ne pourraient pas les supporter. En résumé, à chaque fois que l'on essaie de définir précisément le petit risque, la perspective d'un déremboursement s'éloigne. Mais, indépendamment de sa définition, le ministre souligne que le coût du petit risque est marginal et ne peut faire l'objet d'économies substantielles :

« [...] mettons que nous soyons d'accord sur la notion de petit risque. Quel est son coût à l'heure actuelle ?

Maladie de huit jours ou plus : indemnités journalières en pourcentage des dépenses totales d'indemnités journalières, 2,5 p. 100 ; frais médicaux, 20 p. 100; prestations pharmaceutiques, 25 p. 100. Coût du petit risque pour l'ensemble des prestations par rapport à l'ensemble des dépenses de maladies, 7,9 p. 100. Allègement des charges sociales entraîné par la suppression du petit risque, 2.5 p. 100.

Maladies de 15 jours ou plus. Ces pourcentages sont respectivement les suivants : indemnités journalières, en pourcentage des dépenses totales d'indemnités journalières, 9 p. 100; frais médicaux, 32 p. 100; prestations pharmaceutiques, 35,5 p. 100. Coût du petit risque pour l'ensemble des prestations par rapport à l'ensemble des dépenses de maladie, 13,7 p. 100, soit 0,69 p. 100 des salaires, moins de 0,7 p. 100. »

« Les médecins font ressortir que [le tiers-payant] entraînerait une surconsommation d'actes médicaux et des abus qui ne sauraient être limités par le seul ticket modérateur. [...] Il n'en reste pas moins que l'écart considérable entre les tarifs de remboursement de la sécurité sociale et les honoraires effectivement exigés par les médecins inflige à l'assuré social une charge difficilement admissible qui, en fait, constitue la pierre d'achoppement de la législation de sécurité sociale.

Ce n'est que dans la mesure où les professions médicales parviendront à se discipliner, à généraliser les conventions avec les organismes de sécurité sociale, que des réformes comme celle du tiers payant, qui suscite une si vive émotion de la part au corps médical, une émotion légitime, étant donné la tradition du corps médical français, cesseront d'être à l'ordre du jour. [...] Actuellement, le nombre des conventions approuvées par la commission nationale des tarifs est trop faible : il est de 42 pour les médecins, de 9 pour les chirurgiens- dentistes, de 36 pour les sages-femmes. [...]

Comme pour la mutualité, nous nous réconcilierons et la réconciliation sera facile, j'en suis convaincu, monsieur Gérard Duprat et monsieur Meck, sans que l'on soit obligé d'en venir au tiers payant et de choquer ainsi tout de même la conscience du corps médical français. »

Dans le même esprit que celui qui anime les défenseurs du tiers-payant, les députés communistes proposent à l'assemblée de supprimer de la circulaire du 22 avril 1949 (prévoyant le non versement des allocations familiales pour les enfants absentéistes). La députée Isabelle Claeys critique longuement et durement le gouvernement qui, d'après elle, ne comprends pas ce qu'est la classe populaire. Tout en soulignant l'attachement du PCF à l'instruction, elle explique que le gouvernement jette le discrédit sur la classe ouvrière pointant du doigt de présumés mauvais parent « paresseux ou ivrognes ». Ceux qui dénigrent la classe ouvrière le feraient en total absence de connaissance sur ses conditions de vie et de travail (voir annexe 2.6).

Pour les communistes, la circulaire du 22 avril remet en cause les conditions de vie de la classe ouvrière. Seul le gouvernement est responsable de la faible fréquentation des classes parce qu'il laisse proliférer la misère et parce qu'il n'investit pas dans l'instruction publique. En conséquence, les communistes demandent (seuls) la suppression de la circulaire – sans pour autant obtenir gain de cause.

3.3 Le déremboursement du petit risque

Diamétralement opposée à la proposition soutenue par les communistes, de nombreux députés défendent le déremboursement du petit risque afin de limiter la fraude et les conséquences budgétaires de l'inefficacité de la sécurité sociale. Par exemple, d'après Joseph Delachenal, dans la mesure où avec la sécurité sociale les plus malins sont honorés, il est nécessaire de réduire les indemnités journalières. La fraude serait particulièrement élevée dans les petits risques ce qui causerait un fort absentéisme dans les usines. Avant la mise en place de la sécurité sociale ils savaient maîtriser les coûts, désormais ils vont chez le médecin alors qu'un pansement serait suffisant.

« Maintenant, personne ne surveille. Les fraudes sont normales. Honneur au plus malin ! Chacun a l'impression de se trouver devant une administration à laquelle il convient de donner le moins possible tout en obtenant le plus possible. »

Si le député Delachenal dit refuser remettre en cause le montant des prestations, il en appelle néanmoins à la limitation des indemnités journalières pour combattre les abus. Il faudrait ainsi réduire l'indemnité entre le cinquième et le douzième jour afin de dissuader les potentiels fraudeurs. Le gain étant plus faible, le niveau de la fraude chuterait proportionnellement.

Dans le même esprit, Pierre André conteste l'idée selon laquelle le petit risque ne coûte rien et demande la suppression de cette garantie. D'après ses estimations, les petites maladies coûtent huit fois plus que certaines maladies longues comme la syphilis ou la tuberculose (56.222 contre 7.769 millions de francs).

« On nous accable de pourcentages pour tenter de démontrer que les petits risqués ne coûtent rien. Si vous additionnez les charges de maladie de courte durée et celles qui résultent des incapacités temporaires dues aux accidents du travail, augmentées des frais médicaux et pharmaceutiques, vous constaterez que les maladies et accidents sans gravité coûtent 62.300 millions de francs. »

Pour réduire ces dépenses et l'absentéisme dans les usines, le député André propose de supprimer « la garantie du coryza ». Evidemment, il se prononce contre la suppression du ticket modérateur et propose même d'interdire les sociétés qui se proposent de le rembourser en dehors de la sécurité sociale. Selon le PRS Jean Masson, il faut impérativement combattre les abus du petit risque afin de réduire de façon appréciable le montant total des cotisations. Ainsi, il demande au ministre Daniel Mayer de réduire la validité des deux premières feuilles de maladies de huit à trois jours dans les cas où le délai de carence ne pourrait pas être

augmenté. Trop souvent les médecins prescrivent une incapacité de travail correspondant à la validité de la première feuille de maladie (huit jours) alors que les assurés pourraient très bien reprendre le travail plus tôt. Il serait nécessaire de réduire le nombre de jours d'invalidité de la première feuille pour ne pas inciter les assurés à l'oisiveté.

La question du déremboursement du petit risque est particulièrement importante pour Maurice Fredet. Pour lui, le problème est plus compliqué que le simple abandon du petit risque ou son maintien. En effet, il n'est pas possible de définir le petit risque comme cela est fait habituellement, c'est-à-dire soit comme une affection de courte durée soit comme une affection peu coûteuse : « le petit risque pécuniaire n'est pas forcément le petit risque sanitaire. Il est des maladies graves à évolution courte et la gravité d'une maladie n'est pas en fonction de la durée. » En plus des maladies courtes nécessitant une intervention chirurgicale rapide, il faut se pencher sur le cas des certaines maladies courtes comme la rougeole, la diphtérie et les autres maladies infectieuses. Ces maladies illustrent le fait que le petit risque est bien plus important pour les enfants de l'assuré que pour l'assuré lui-même. La suppression de leur couverture pourrait avoir de lourdes de conséquences de santé publique comme l'augmentation de la mortalité infantile et des séquelles durables liées à l'absence de traitement rapide. Au total, parce qu'elles touchent les enfants, ces maladies n'entraînent pas d'absentéisme et, parce que ce sont des maladies immunisantes qui ne se produisent qu'une fois dans une vie, les dépenses de frais médicaux et pharmaceutiques sont supérieures aux indemnités journalières. Ces cas de « petits risques » mis à part (actes chirurgicaux et maladies infantiles), le député Fredet souligne néanmoins l'importance de la réduction de la couverture maladie pour décourager les abus.

« Pour la commodité des choses, je comparerai volontiers le petit risque à un arbuste, à une vigne, par exemple. L'hiver venu, pour préparer la récolte future, il faut tailler la vigne. Il est des branches qu'il faut conserver, d'autres qu'il faut raccourcir, d'autres, enfin, qu'il est indispensable de supprimer pour éviter qu'elles absorbent en vain une partie de la sève qui montera au printemps.

Il en est de même du petit risque.

Il importe de conserver la couverture des maladies courtes et graves. Il importe de régler les frais médicaux et pharmaceutiques occasionnés par les maladies constitutionnelles. Il faut instituer un délai de carence portant sur l'indemnité journalière et créer un contrôle administratif rigoureux pour les autres maladies qui sont susceptibles de favoriser la fraude et l'absentéisme. »

Face à ces critiques importantes du petit risque, le député Charles Viatte fait remarquer que ce concept mal défini est systématiquement utilisé pour exprimer tout le mal possible à propos de la sécurité sociale, « [c]’est la tarte à la crème que l’on sert à tout propos ». La définition usuelle du petit risque relève de la maladie courte. Cependant, le flou demeure sur le temps à partir duquel on sépare la courte maladie de la longue maladie. Le gouvernement fixe le seuil à six mois alors que pour certains parlent de huit jours et d’autres de quinze jours. Quel que soit la définition, la proposition de suppression du petit risque ne semble pas être un gisement d’économie. Selon le député MRP, la suppression du petit risque pour les maladies en dessous de quinze jours ne permettrait de réduire les cotisations que de 0.7%. En plus de cette inefficacité criante, les premiers lésés par ce type de réforme seraient les enfants.

Le communiste Marius Patinaud condamne les campagnes de presse et « les chiffres fantaisistes » qui circulent dans l’opinion publique qui n’ont d’autre but que d’attaquer le principe même de sécurité sociale. Ainsi, d’après *La tribune économique et financière*, le petit risque représenterait 80% du budget totale de la sécurité sociale alors que la *Revue française du travail* estimait en avril 1949 ce chiffre à 13.7%. Comme d’autres députés, Patinaud insiste sur le fait que ce seraient les enfants et le taux de natalité à venir qui seraient les premières victimes de la suppression du petit risque, le petit risque concernant notamment les maladies infantiles (voir annexe 2.7).

Selon le ministre Daniel Mayer le petit risque est « le bouc émissaire » de ceux qui s’attaquent à la sécurité sociale. Pourtant la définition de ce petit risque est particulièrement floue. Si l’on considère que le petit risque se définit du point de vue du budget familial, le petit risque est celui qui coûte peu et qui pourrait faire l’objet d’une franchise – la sécurité sociale n’intervenant qu’à partir d’un certain montant décidé à l’avance. Le problème dans ce cas repose sur le fait que la franchise fait peser sur les familles une charge importante dès que plusieurs maladies se succèdent. Paradoxalement, le système de la franchise constitue même une incitation à atteindre rapidement le seuil de dépense remboursé de façon à pouvoir être remboursé intégralement. Si l’on considère que le petit risque se définit du point de vue de la durée des maladies, le petit risque est celui qui n’excède pas une durée de 8 à 15 jours. Le problème se pose lorsque ces maladies courtes nécessitent une hospitalisation : les tarifs à la journée sont tels que les budgets de ménages ne pourraient pas les supporter. En résumé, à chaque fois que l’on essaie de définir précisément le petit risque, la perspective d’un déremboursement s’éloigne. Mais, indépendamment de sa définition, le ministre souligne que le coût du petit risque est marginal et ne peut faire l’objet d’économies substantielles :

« [...] mettons que nous soyons d'accord sur la notion de petit risque. Quel est son coût à l'heure actuelle ?

Maladie de huit jours ou plus : indemnités journalières en pourcentage des dépenses totales d'indemnités journalières, 2,5 p. 100 ; frais médicaux, 20 p. 100; prestations pharmaceutiques, 25 p. 100. Coût du petit risque pour l'ensemble des prestations par rapport à l'ensemble des dépenses de maladies, 7,9 p. 100. Allègement des charges sociales entraîné par la suppression du petit risque, 2.5 p. 100.

Maladies de 15 jours ou plus. Ces pourcentages sont respectivement les suivants : indemnités journalières, en pourcentage des dépenses totales d'indemnités journalières, 9 p. 100; frais médicaux, 32 p. 100; prestations pharmaceutiques, 35,5 p. 100. Coût du petit risque pour l'ensemble des prestations par rapport à l'ensemble des dépenses de maladie, 13,7 p. 100, soit 0,69 p. 100 des salaires, moins de 0,7 p. 100. »

3.4 La réduction des cotisations et le transfert à la mutualité

Le dernier grand type de solution apporté pour améliorer le fonctionnement de la sécurité sociale porte sur la réduction des cotisations et le transfert de ses activités à la mutualité. Ainsi, comme nous l'avons souligné plus haut Joseph Delachenal propose de réduire les dépenses en réduisant les indemnités journalières entre le cinquième et le douzième jour. Il propose également de limiter les dépenses des caisses notamment concernant l'achat et la construction d'immeuble. Le député veut « interdire les achats de châteaux ou d'hôtel », réduire le champ de l'action sanitaire et sociale et redéfinir les produits pharmaceutiques qui doivent être remboursés. Il souhaite par ailleurs limiter le montant des frais de gestion des caisses 5%. Un autre moyen de réduire les dépenses passe par la remise en cause de l'obligation de cotiser à la sécurité sociale en revenant au système d'avant 1945 : les assurés devraient avoir le droit de choisir leur caisse. Si un premier pas a été réalisé avec la loi Morice du 19 mars 1947 (les mutuelles peuvent localement donner des renseignements, recueillir les prestations et payer les prestations et tenir les fiches), le gouvernement n'a pas permis la mise en application de la loi si bien que de fait peu de mutuelle sont disponibles.

« [Or, à] mon sens, seule la remise effective de la sécurité sociale aux organisations professionnelles ou mutualistes, au gré des assurés, est susceptible

d'aboutir à une bonne organisation sociale, avec, bien entendu, l'obligation pour les caisses privées de payer toutes les prestations prévues par la loi.

Les mutuelles qui appliquaient les assurances sociales avant 1945 remplissaient leur mission avec dévouement et désintéressement. [...] Elles avaient des relations cordiales avec les assurés. Elles exerçaient un sérieux contrôle tout en ayant des frais de gestion très réduits. Il est essentiel de les rétablir, surtout en ce qui concerne les petits risques, où la fraude est particulièrement intense. »

D'après le député, l'organisation mutualiste permet de mieux contrôler les dépenses dans la mesure où chaque membre contrôle les autres et se sent contrôlé. Un argument semblable est développé par le Jean Masson selon qui la mutualité est une solution aux abus et à la fraude.

« Quels remèdes convient-il d'apporter à ces abus ? La vérité, c'est que la sécurité sociale devrait être repensée. On a dit, bien souvent, qu'il fallait l'humaniser, mais nous croyons, nous radicaux, que le meilleur moyen de remettre la sécurité sociale à l'échelle humaine — et ce mot de M. Léon Blum ne doit pas être de nature à gêner M. Daniel Mayer — serait de rendre à la mutualité le rôle qu'elle doit jouer dans la sécurité sociale.

En effet, cet organisme immense, dont on a dit qu'il était atteint de gigantisme, permet aux abus de proliférer dans l'anonymat et dans l'irresponsabilité. La solidarité qu'on a voulu rechercher sur le plan national fait que, dans ses aspects nobles, la sécurité sociale n'est sensible, au fond, à aucun français.

Comment, en effet, ceux qui payent et les bénéficiaires pourraient-ils s'estimer, se comprendre puisqu'ils s'ignorent? La mentalité générale, en somme, est devenue celle-ci : il faut essayer, à tout prix, de récupérer les cotisations versées.

Pour le député Masson, la pluralité des caisses ainsi que la formation de petits groupements mutualiste permettrait d'améliorer le fonctionnement de l'assurance sociale. La taille réduite des caisses permettrait aux dirigeants et aux adhérents de mieux se connaître. Dans ce cadre renouvelé personne n'oserait exercer la reprise individuelle des cotisations pour de prétendues maladies. Autrement dit, « la moralisation du système parviendrait à en alléger de beaucoup les charges ». Contrairement à ce qu'avancent les socialistes, communistes et MRP, les économies potentielles sur le petit risque seraient loin d'être insignifiantes et pourraient atteindre 25%. La plus grande

place de la mutualité permettrait de rendre la sécurité sociale supportable à l'économie française.

« Nous sommes attachés à la mutualité parce que notre simple bon sens nous dit que ce n'est que dans les groupes restreints, où les hommes se connaissent, que peuvent se développer le mieux les liens d'une solidarité humaine réelle. Nous pensons qu'en revenant au grand principe de la mutualité et en opérant une large décentralisation administrative, on pourrait, sur le plan économique, réduire les frais de gestion excessifs, et, du point de vue humain, redonner à l'homme, assuré social, le sens de ses responsabilités. »

Eugène Chassaing, collègue PRS de Jean Masson, rappelle à quel point son groupe parlementaire tient la loi Morice et regrette le fait qu'elle ne soit toujours pas appliquée. Or, dans les rares cas où certains mutualistes ont réussi à passer les obstacles de l'administration les économies sont substantielles. Le député donne l'exemple de l'Union mutualiste des Deux-Sèvres qui a permis de faire économiser 22 francs sur le prix de revient du dossier initialement à 130 francs. C'est pour le député la preuve qu'il faut hâter le recours à la mutualité. Le point de vue des députés PRS sur la mutualité est partagé par Maurice Fredet. Le recours à la mutualité permettrait d'« infuser aux organismes de sécurité sociale une dose nécessaire de principes humanitaires ».

« L'humanisation de la loi doit rester le guide du législateur, dût-on pour cela, j'ose le dire ici sacrifier au sacro-saint principe d'une sécurité sociale une et indivisible dût-on rendre à la mutualité le rôle essentiel qu'elle a joué avant la naissance et au premier âge de la sécurité sociale. »

Pour le député MRP Charles Viatte, l'argument est le même : pour que les assurés se sentent propriétaires de la sécurité sociale, il faut qu'ils en aient le sentiment. Or, lorsque plusieurs millions de participants sont copropriétaires, « le sens de cette propriété s'estompe ». La mutualité doit rapprocher l'assuré de sa caisse, ce qui en résulterait de nombreuses économies par réduction de la fraude.

Au-delà de la question de l'autocontrôle et de l'humanisation, selon Pierre André, la mutualité est plus performante parce qu'elle permet de pratiquer la prévention des risques – contrairement à la sécurité sociale.

« Je prétends que les procédés qui ont été employés par les sociétés mutualistes, par les syndicats de garantie, de même que par les sociétés privées d'assurances en

matière d'accidents du travail, avaient pour but le développement de la prévention parce que, là, l'intérêt de la compagnie, comme celui de l'employeur, coïncidait avec l'intérêt des ouvriers. J'affirme qu'il faut y revenir.

Les incapacités temporaires en 1948, ont coûté près, de 6 milliards de francs à l'économie française. Vous devez en réduire le nombre et la fréquence. Mais comment faire ? En permettant aux organisations professionnelles de couvrir les petits risques d'accidents du travail par leurs propres moyens, en ne conservant pour la sécurité sociale que le risque de rente correspondant à l'incapacité permanente et au décès. »

La position des socialistes sur la question est plus nuancée. Nous avons mis en évidence plus haut les arguments de Pierre Segelle sur les difficultés d'avant-guerre liée à l'ancienne organisation des assurances sociales. Albert Gazier rappelle ces éléments au moment où il s'agit de discuter du rôle de la mutualité et des évolutions à apporter à la loi Morice :

La mutualité a, certes, rendu de grands services, mais c'est une constatation que, pendant les longues années où les assurés étaient libres de choisir leurs caisses, un cinquième d'entre eux seulement s'est prononcé en faveur des caisses mutualistes.

D'autre part, lorsque le même orateur voudrait interdire à des caisses maladie de dépasser le taux de 5 p. 100 pour leurs frais de gestion, il devrait se souvenir qu'à aucune époque, aucune caisse primaire mutualiste n'a pu gérer à un pourcentage aussi bas. L'expérience a donc été faite.

Le ministre socialiste Daniel Mayer est bien moins catégorique à propos du rôle de la mutualité. Si comme d'autres avant lui il souligne l'importance de la décentralisation et de l'humanisation de la sécurité sociale, c'est pour mieux souligner le rôle important de la mutualité et de la loi Morice.

« Le remède, j'en suis d'accord avec presque tous les orateurs qui, depuis près de trente-six heures, se sont exprimés à cette tribune, réside essentiellement dans la décentralisation.

Il faut que le travailleur ait à sa portée, dans le voisinage immédiat de sa résidence ou de son lieu de travail, un organisme, de préférence de faibles dimensions, qui lui assure le service régulier des prestations avec une rapidité suffisante. Il faut que ce soit un organisme qu'il connaisse et où il sera connu, ce qui, à la fois, réduit les formalités préalables de contrôle et conduit à ce que j'ai appelé— par un mot

qui est, je crois bien, de moi, quoiqu'on me l'ait reproché, hier, et qu'on l'ait interprété comme une sorte de contradiction — « l'humanisation des relations entre l'assuré et la sécurité sociale ». [...]

Je crois qu'un des éléments essentiels de cette humanisation est probablement la mutualité. M. Chassaing, hier, M. Jean Masson, tout à l'heure, plus rapidement, ont parlé des rapports de la mutualité et de la sécurité sociale, et on a invoqué assez longuement une loi qui porte le nom d'un de mes collègues — on me permettra de dire, faisant fi des petites nuances qui peuvent séparer deux hommes politiques — celui de mon ami, M. Morice actuellement secrétaire d'Etat à l'enseignement technique.

La loi Morice a essentiellement pour objet de préciser les relations entre la mutualité et la sécurité sociale [...]. Il s'agit simplement de réconcilier les uns et les autres, de réconcilier des hommes qui ont des conceptions légèrement différentes et cette réconciliation est faite [...]. Et, après tout — j'ai parlé de « querelle de famille » — je suis, sinon le père, au moins le tuteur des deux, de la mutualité et de la sécurité sociale. Je vous affirme qu'il ne faut pas faire de très gros efforts pour réconcilier des enfants qui n'ont jamais été des frères ennemis, mais tout simplement des enfants qui se chamaillent de temps à autre comme on en voit à peu près dans tous les foyers.

En résumé, pour le ministre socialiste il ne fait pas de doute que l'avenir de la sécurité sociale est indissociable de celui de la mutualité – l'un étant le remède des défaillances de l'autre.

4. Les conventions statistiques et langagières : le poids du social ?

A l'issue de ce débat, le « vote des ordres du jour » (annexe 2.8) voit la position de la SFIO, du PRS et du MRP s'imposer. L'assemblée adopte 293 voix contre 261 (majorité absolue de 293)³⁸.

La conception qui l'emporte peut s'exprimer ainsi :

³⁸Un amendement a été adopté de telle manière que la phrase suivante « laisser la sécurité sociale assurer par elle-même l'équilibre financier de son régime général » est complétée par « dans le cadre de la législation actuelle ». Le deuxième ordre du jour a été abandonné par ses auteurs et les deux derniers n'ont pas été débattus en raison de l'adoption du troisième ordre du jour.

« L'Assemblée nationale, [p]renant acte des déclarations du Gouvernement, [a]ffirme sa volonté de : 1° Harmoniser les rapports entre la sécurité sociale, la mutualité et le corps médical ; 2° Maintenir les prestations actuelles du régime général en améliorant le fonctionnement de la sécurité sociale, en simplifiant sa réglementation et en coordonnant les législations de sécurité sociale et d'assistance ; 3° Poursuivre la suppression des inégalités actuelles en matière d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles ; 4° Laisser la sécurité sociale assurer par elle-même l'équilibre financier de son régime général ; [f]ait confiance au Gouvernement pour l'application de ces principes [e]t, repoussant toute addition, [p]asse à l'ordre du jour. »

L'analyse du débat de 1949 sur la sécurité sociale montre à quel point le contenu des échanges est d'une étrange actualité alors que ne cessent de se propager les discours sur la prétendue modernité des problèmes auxquels la sécurité sociale doit faire face.

Il est dès lors difficile d'échapper la question sur les raisons qui poussent aujourd'hui les gouvernements à prendre des décisions différentes qu'en 1949. Pourquoi alors que la situation économique semble meilleure en ce début de 21^{ème} siècle que ce qu'elle n'était après 1945 il faudrait se résoudre à réduire sans cesse la portée de la sécurité sociale ? Autrement dit pourquoi les critiques adressées au principe de sécurité sociale en 1949 n'ont pas été suivit d'effet à cette date-là alors qu'aujourd'hui les mêmes critiques légitiment la réforme de l'institution ?

4.1 Une matrice de « problème » et de « solution » étrangement actuelle

Jusqu'à maintenant nous avons postulé l'actualité du contenu du débat de 1949. Il semble nécessaire de donner quelques éléments de repérage pour étayer ce postulat.

La critique portant sur la fraude et les abus des assurés constitue depuis plusieurs années déjà l'un des modes de légitimation principal de la réforme de la sécurité sociale (Batifoulier, 2013, 2015a). Par exemple, pour la théorie économique néoclassique, le problème principal de toute assurance santé, publique ou non, est relatif à la question de l'abus – à travers le concept d'aléa moral. En résumé, lorsqu'un individu a le bénéfice d'une assurance, il a toujours intérêt à utiliser son assurance au maximum de façon à maximiser son bénéfice individuel. Ainsi, un assuré, parce qu'il sait qu'il sera remboursé en cas de sinistre, a intérêt à négliger les actions de préventions (aléa moral *ex ante*) et à consommer le plus de ressources possibles une fois le sinistre réalisé (aléa moral *ex post*). Bien que l'aléa moral ne soit pas un

aléa de moralité (c'est-à-dire un problème lié à la moralité de l'assuré mais uniquement à sa rationalité), cette conception est une « arme de guerre » en faveur du déremboursement des patients (Batifoulier, 2014). En effet, selon cette théorie, lorsque l'assureur fait jouer un effet prix en introduisant une franchise, l'assuré aura moins tendance à exploiter son assureur. La théorie économique rejoint le capitalisme sanitaire. Or, le succès théorique considérable du concept d'aléa moral est à la hauteur de l'absence de preuve empirique venant démontrer sa pertinence (nous y reviendrons dans la troisième partie).

D'après Didier Tabuteau (2013), la multiplication des contributions du patient au coût des soins (franchises, hausse du ticket modérateur pour les actes médicaux et pour les produits pharmaceutiques, 1 euro non remboursé en médecine libérale, etc.) a créé une « insécurité sanitaire » qui se traduit notamment par le non recours aux soins pour raisons financières. Dans le même temps, le conseil d'Etat a en 2011 conclu ses entretiens « Fraudes et protection sociale » sur l'idée que la fraude des pauvres est une pauvre fraude. Autrement dit, en dépit de son succès médiatique, politique et théorique, les éléments de preuve empirique sur la fraude viennent largement contredire les idées reçues.

Sur la question du vieillissement de la population, la multiplication des livres blancs sur les retraites, la constitution du Conseil d'orientation sur les retraites et des réformes visant à réduire les droits ouverts par la cotisation à la sécurité sociale illustrent parfaitement l'absence totale de modernité de l'époque présente. Ainsi, l'une des raisons poussant à réduire les droits aux cotisants concerne l'allongement de la durée de la vie... qui occupait déjà l'esprit de Paul Reynaud en 1949. Plus étonnant encore, le modèle de retraite de Reynaud et celui plébiscité aujourd'hui sont les mêmes : le modèle Suédois. La survie de la sécurité sociale dépendrait d'un allongement constant de l'âge légal de départ à la retraite et, surtout, du durcissement des conditions pour partir à la retraite à taux plein (nombre d'annuité, année de références, etc.). Or, selon Bernard Friot (2010), il y a autant de raison de penser que l'allongement de la durée de la vie et la baisse consécutive du nombre relatif d'actifs dans la société causeront une catastrophe financière que de penser que la division par 10 de la part d'agriculteur dans la population totale entre 1950 et aujourd'hui a causé une famine. Tout comme le nombre d'agriculteur n'est pas une donnée suffisante pour en déduire la production agricole, le nombre d'actif n'est une donnée suffisante pour savoir s'il est possible de servir une pension aux retraités. En effet, si la productivité agricole augmente suffisamment pour compenser la baisse des effectifs, il en est de même pour le financement des retraites : tant que les actifs

restant ont une productivité permettant de compenser l'augmentation de l'espérance de vie, il n'y aura pas de problème.

Concernant le problème de l'inefficacité de l'Etat et la sécurité sociale, de longs développements théoriques en économie et en gestion (par exemple, le *New public management*, l'école du *public choice*) cherchent depuis des années à démontrer l'infériorité de l'Etat par rapport au marché (Bezes, 2005). L'idée principale traversant ces courants est que dans la mesure où (i) le marché fournit les meilleures incitations aux individus et aux entreprises pour utiliser les ressources rares avec le plus d'efficacité et que (ii) les agents de l'Etat ne sont pas soumis à la loi de la concurrence permettant d'exploiter au mieux les ressources alors (iii) toute organisation publique a par nature tendance à être dispendieuse et cela d'autant plus qu'elle peut à tout moment augmenter les impôts alors que les entreprises ne peuvent jamais augmenter les prix de marché. Le marché permet de discipliner les individus alors que l'Etat est le royaume de l'inefficacité. Ces développements théoriques ont permis de légitimer l'évolution de l'intervention des Etat à partir des années 1980. En France par exemple la loi organique relative aux lois de finances substitue l'obligation de moyen à une obligation de résultat (Perret, 2006). Pour rendre effective l'obligation de résultat, l'action de l'Etat s'est peu à peu muée du fait de l'impératif de mesurer sa production. Désormais, l'Etat doit être performant et pour atteindre ses objectifs chiffrés, il doit insérer dans son organisation des mécanismes de coordination venant du privé (concurrence pas comparaison, rémunération sur objectif, etc.). Or, encore une fois, cette organisation n'a jamais fait la démonstration de son efficacité et engendre même des effets pervers tels que la perte de sens pour les agents autrefois attachés au service public (Bruno et Didier, 2013).

L'argument de la crise économique et la concurrence internationale est probablement celui dont l'actualité est la plus facile à démontrer. En effet, cet argument est au centre de la critique du « modèle sociale français ». L'idée, assez traditionnelle dans la théorie économique, est de dire que, dans le cadre de la mondialisation – qui suppose la libéralisation des échanges de marchandises et des flux financiers – il est impossible de ne pas se comparer à nos concurrents. En effet, pour être performant sur le marché mondial, il faut que les produits puissent s'exporter facilement du fait de leur faible coût. Du moment où les prix nationaux sont plus forts que les prix internationaux, il faut s'adapter et analyser les raisons pour lesquelles les prix nationaux sont si élevés. L'angle principal d'attaque est alors la politique sociale qui a pour effet de renchérir le prix des marchandises. Selon cette conception, les cotisations sociales sont un coût insupportable pour les entreprises parce qu'elles empêchent

ces dernières d'être compétitives. Cette question a été abondamment analysée autour du concept de désinflation compétitive : dans une économie ouverte au reste du monde, sans marge de manœuvre du côté de la politique monétaire, la seule manière de restaurer la compétitivité serait de baisser les salaires directs ou indirects (cotisations sociales).

Cet argumentation, déjà présente en 1949, fait aujourd'hui figure de pilier de la politique économique française. Ainsi, si l'on se restreint au dernier gouvernement en date, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi a pour objectif de relancer l'économie française (et notamment les exportations) en réduisant le montant des cotisations payées par les entreprises. Encore une fois, en dépit de l'apparence d'un consensus, les économistes ne sont pas d'accord pour valider l'efficacité d'une telle démarche (Garsaa, 2015).

Au total, la question du « trou de la sécu » et plus généralement le débat récurrent sur l'avenir de la sécurité sociale n'a rien d'un problème neuf. La modernité ne concerne pas les modalités du débat mais la réponse politique donnée : alors qu'entre 1945 et 1970 les cotisations se sont considérablement élevées pour que la sécurité sociale puisse servir des prestations toujours plus importantes (et cela sans remettre en cause l'économie du pays), depuis la fin des années 1970 les gouvernements cherchent à réduire le poids de la sécurité sociale. Que s'est-il passé ?

4.2 Pourquoi observe-t-on une réponse politique différente aujourd'hui ?

Si l'on accepte le constat selon lequel la situation économique aujourd'hui est meilleure qu'en 1949, qu'est ce qui explique que la réponse politique aux critiques de la sécurité sociale soit différente. Cinq hypothèses principales peuvent être mises en évidence :

- Hypothèse 1 : sous un régime caractérisé par la mondialisation, l'acuité de la crise économique et de la concurrence européenne et internationale, ont conduit à privilégier les solutions de baisse des coûts de production. La domination du marché comme modèle de régulation de toute activité économique, y compris au sein de l'Etat et de la protection sociale s'est imposée d'abord dans les pays anglo-saxons, puis par contagion à toute l'économie mondiale. Cette démarche est renforcée par la mise en place de la monnaie unique et par les règles de gouvernance économique européenne qui permettent « une surveillance perpétuelle du budget de chaque Etat, des déséquilibres économiques et impose des réformes structurelles des états membres, dépossédant les états d'une partie de leur souveraineté » (Burgi, 2014). La nouvelle division internationale du travail déchaîne un dumping à la baisse des salaires directs ou indirects et à la contraction des dépenses sociales. Si cette hypothèse fait partie du sens

commun, elle n'est pas entièrement convaincante dans la mesure où, comme l'a montré l'analyse des débats, ces questions étaient déjà posées en 1947³⁹. Or, rien n'a été mis en place pour aller à l'encontre de ce mouvement et, bien au contraire, les institutions de la mondialisation n'ont pas cessé de se développer.

- Hypothèse 2 : la réforme de la sécurité sociale est aujourd'hui légitimée par de nouveaux arguments inconnus en 1949. Cette hypothèse est probablement la moins convaincante et l'analyse des débats de 1949 a permis de le souligner. Que cela soit du point de vue des « problèmes » ou des « solutions », les débats sur la sécurité sociale gravitent autour des mêmes arguments. Par ailleurs, les arguments développés en 1949 contre le principe de sécurité sociale doivent être sérieusement remis en question dans la mesure où le développement ultérieur de la sécurité sociale a fait la preuve de son utilité sociale et de sa stabilité financière. Les déficits sont relativement faibles comparativement aux prestations servies et aux investissements considérables réalisés (on peut penser à ce titre aux investissements dans l'infrastructure hospitalière par exemple). Rappelons que si le déficit public atteignait 4.94 % du PIB en 2012, le déficit des administrations de sécurité sociale n'était que de 0.63 %. De même si la dette publique était de 91.97 % en 2012, celle des administrations de sécurité sociale n'était que de 10.23%. Indépendamment du jugement que le peut porter sur la dette et le déficit publics, il faut souligner que les administrations de sécurité sociale prennent une part marginale dans la performance totale.

- Hypothèse 3 : la réforme de la sécurité sociale est aujourd'hui rendue plus facile par l'absence des communistes au gouvernement et par le passage à la 5^{ème} République qui favorise les partis dits centristes. Il est évident que le rôle des communistes a été prépondérant lors de la création de la sécurité sociale. Les ordonnances de 1945 auraient pu rester du papier si Ambroise Croizat n'avait pas conduit la réforme du système d'assurance sociale antérieure en une authentique sécurité sociale. Néanmoins, lors des débats de 1949 si le Parti communiste est le premier parti de France, il est exclu des majorités à l'Assemblée où la SFIO préfère s'allier avec le MRP. Or, la « Troisième force » bien que souvent critique envers la sécurité sociale ne cède pas (complètement) face aux critiques adressées à l'institution.

- Hypothèse 4 : le contrepoids de la démocratie sociale a longtemps empêché les réformes de la sécurité sociale. Jusqu'à la réforme de 1967, les élections à la sécurité sociale

³⁹ On pourra notamment se référer aux passages où le ministre socialiste Daniel Mayer et le député socialiste Pierre Segelle se défendent de la mondialisation actuelle et à venir par l'argument d'une harmonisation par le haut des politiques sociales.

étaient un évènement d'importance comparable aux élections de la démocratie représentative classique. A partir de cette date, la répartition des sièges se modifie en défaveur des salariés. Alors que la répartition était auparavant de 1/3 pour les représentants des employeurs et 2/3 pour les représentants de salariés la répartition est depuis partielle. Or, dans la mesure où il n'y a pas de division dans les organisations patronales, le paritarisme permet aux employeurs de diriger la sécurité sociale en faisant alliance avec un seul syndicat de salariés, même peu représentatif. Plus de soixante-dix ans après la création de la sécurité sociale, le syndicalisme français s'est affaibli (en termes de nombre de syndiqués), il s'est divisé (en termes de nombre de syndicats) et il s'est assagi (en termes de revendications). Par exemple, la CGT qui militait pour une retraite à 55 ans jusqu'au milieu des années 1980 milite désormais pour le retour à 60 ans. La faiblesse du mouvement syndical et de la démocratie sociale ne permet cependant pas d'expliquer le basculement des options politiques sur la sécurité sociale. En effet, le rôle des syndicats reste important dans le fonctionnement institutionnel du pays et la faiblesse des revendications ne peut pas provenir seulement de l'évolution du syndicalisme lui-même.

- Hypothèse 5 : l'efficacité contemporaine des critiques de la sécurité sociale s'expliquent par le déclin de la contestation sociale (dont le PCF et la CGT, qui avaient un rôle prépondérant, n'était que la partie émergée). Si l'on se remémore les années précédant la création de la sécurité sociale, il faut noter l'extrême violence de la contestation sociale sur l'organisation économique de la production. D'ailleurs, ces mouvements syndicaux et politiques disaient d'eux-mêmes qu'ils étaient révolutionnaires. L'objectif était l'abolition du mode de production capitaliste et la sécurité sociale, comme les nationalisations, étaient des moyens destinés modifier les fondements de la production de la richesse – la répartition et la question des inégalités étant alors considérées comme dérivant de ce problème premier. Aujourd'hui, l'hégémonie idéologique du capitalisme et l'amélioration des conditions matérielles d'existence rendent a priori moins pertinent le combat contre le mode de production capitaliste (ceci n'empêchant pas a priori la survivance de l'exploitation tant en France que dans les pays périphériques). L'une des causes de l'hégémonie idéologique est probablement à trouver dans la stratégie des classes dominantes pour préserver leur position dominante. Ces stratégies se donnent notamment à voir dans le pourrissement du syndicalisme (Lacroix-Riz, 2015), dans la constitution de groupe de réflexion et d'action à niveau international (Moro, 2015) ou encore par la main mise sur les médias (Halimi, 2005, Bénilde, 2007) et la culture en général (Stonor Saunders, 2003).

Les hypothèses esquissées ici seront retravaillées afin de comprendre ce grand mystère : pourquoi ce que la France a pu faire après les destructions de la seconde guerre mondiale ne peut plus être fait alors que le pays n'a jamais été aussi riche ?

Conclusion de la partie 1

Le nouveau référentiel marchand de politique publique affecte profondément la vision de la dépense publique dont le niveau est jugé préoccupant. Le référentiel keynésien et le soutien de l'activité par la dépense publique est désormais considéré comme une lubie. Ce qui était valorisé hier est dénigré aujourd'hui. Ce dénigrement s'appuie sur des conventions statistiques et langagières qui cherchent à rendre évident pour tous le discrédit de la dépense publique.

Les repères chiffrés censé montrer l'ampleur de la dépense publique révèle en fait une situation plus contrastée. Il n'est pas correct e dire que la dépense publique en France ne cesse d'augmenter. Elle est en hausse de 1995 à 2013 mais en baisse de 1995 à 2007. Tout dépend de la périodisation. De plus que mesure exactement le ratio Dépenses publiques / PIB ? Il est par construction très sensibilité au PIB et la même dépense est jugée différemment selon l'évolution du PIB. La critique de la dépense publique repose donc sur des conventions statistiques où sont mis en avant des critères arbitraires (3% de déficit et 60 % de dette) qui ont des fondements politiques : ils visent à orienter les politiques publiques. Une dette de 100 % du PIB est jugée a priori problématique et est instrumentalisée pour occulter l'objet même de la dépense publique qui est de produire du bien-être.

Derrière les conventions se cachent des rapports de force qui vont inviter à interpréter un chiffre d'un côté ou de l'autre.

Il apparaît illusoire de croire que la critique de la dépense publique puisse s'appuyer sur des vérités scientifiques consensuelles faisant alors du problème un problème technique, à laisser aux gestionnaires et aux experts. Espérer ou craindre la dépense publique relève du choix de société. On l'a montré avec le cas de la sécurité sociale dont les dépenses font l'objet depuis longtemps d'un large débat. Les arguments apportés par les protagonistes du débat public sont de nature politique. C'est plus par habitude et tradition partisane que par raisonnement que les arguments assénés font mouche. Le martèlement continu de discours sur les fraudeurs à la sécurité sociale ou sur la crise économique sonne comme une vérité révélée alors que les preuves et les arguments manquent. Contre l'apparente modernité de la critique de la sécurité sociale il faut rappeler que dès les premières années de l'institution la question de son financement était prégnante. Les débats à l'assemblée de l'été 1949 nous offrent une matrice de

« problèmes » et de « solutions » qui n'a pas pris une ride. Or, la réponse politique a aujourd'hui changé en faveur des adversaires de la sécurité sociale. Ce changement de réponse politique ne repose pas sur une dégradation de la conjoncture : la situation actuelle est meilleure que celle de 1949. C'est un motif d'espoir pour les défenseurs de la sécurité sociale. Parmi les hypothèses permettant d'expliquer cette évolution, on peut penser que le changement le plus important ne porte pas sur les arguments du débat ou la situation économique de la France mais sur les rapports de force.

Partie 2. Ce que produit la dépense publique : un projet de société ?

La première partie de ce rapport s'est attachée à démontrer la dimension conventionnelle des discours sur la dépense publique. L'exemple longuement analysé des débats sur la sécurité sociale de l'été 1947 témoigne de l'ancienneté des arguments mobilisés pour faire la critique de la dépense publique. Depuis le début des années 1980, le référentiel marchand tend à s'imposer comme clef de lecture universelle pour la politique économique. Or, si cette formulation de la problématique est dominante, il n'y a aucune raison qu'elle soit vraie *a priori*. En matière de débat scientifique, l'argument de la majorité ne tient pas : ce n'est pas parce qu'un courant théorique domine les débats qu'il est le plus pertinent. A partir de l'analyse rigoureuse des faits empiriques, il est possible de tenir un autre discours sur la dépense publique. D'autres interprétations du monde sont possibles.

La thèse centrale développée dans cette deuxième partie est que la dépense publique produit. Il est en effet étonnant de ne parler de l'action publique que sous l'angle de la dépense. Il est dit de l'Etat qu'il dépense tant de point de pourcentage du Produit intérieur brut (PIB) pour telle ou telle raison. Il est dit de la sécurité sociale qu'elle dépense des milliards chaque année sans que l'on ne sache pourquoi. Il est dit des collectivités territoriales qu'elles dépensent (mal) les recettes provenant de la collecte (toujours jugée excessive) des impôts. Que l'on y songe un instant : dirait-on pour qualifier principalement l'activité du boulanger qu'il dépense tant de centaines d'euros pour de la farine et tant de milliers d'euros pour acquérir son fournil ? dirait-on du secteur automobile qu'il dépense tant de milliards d'euros en masse salariale ? dirait-on uniquement de l'industrie agroalimentaire qu'elle dépense des milliards collectés par un impôt privé obligatoire (il faut bien se nourrir !) ? Evidemment, non. Lorsqu'il est question d'analyser l'activité d'une institution privée il est habituel de dire de cette activité qu'elle produit : le secteur automobile produit tant de milliers de véhicules par an, qui correspondent à tant de milliards d'euros, et emploie tant de milliers de salariés. A aucun moment il n'est question de dépense alors que, comme dans n'importe quel type d'activité, le secteur privé dépense et supporte des charges (loyers, coûts financiers, coûts salariaux, etc.).

L'activité publique est une production. Lorsque l'on parle du budget de l'éducation nationale comme premier poste de dépense de l'Etat on occulte le fait que les professeurs, les administratifs et autres personnels produisent de l'éducation. Par ailleurs, il n'y a aucune raison valable pour dire que l'activité d'une école publique est différente de celle d'une école privée : il serait paradoxal de dire que le même cours assuré par un enseignant de formation équivalente est une dépense dans un cas et une production dans un autre. La seule différence entre les deux cours est le jugement porté par la société à l'égard des conditions matérielles de production. Considérer les deux activités comme radicalement différentes (dépense *versus* production) relève d'une convention sociale. Cet exemple est duplicable de façon infinie. Pourquoi le personnel de gestion relèverait de l'administration improductive pour les activités publiques alors qu'il s'agirait de fonction support essentielle à la production dans le cas des activités privées ? Pourquoi un infirmier salarié de la fonction publique hospitalière serait un fonctionnaire improductif alors que le même infirmier serait un producteur s'il travaillait dans un hôpital privé ?

La critique de la dépense publique a tout de la convention dominante étant donnée l'hégémonie du référentiel marchand. Cependant, cette présentation est partielle : la dépense publique n'est pas un puits sans fond qui nourrit une armée de fonctionnaires improductifs et de « tire au flanc ». Elle est productive à de nombreux titres. En plus de payer des fonctionnaires qui participent à la production intérieure brute (PIB), elle constitue une ressource directe pour de nombreuses personnes *via* les prestations monétaires qui nourrissent le secteur privé. Par exemple, lorsque la sécurité sociale fournit aux parents des allocations familiales, celles-ci viennent grossir le budget des parents pour leurs achats et donc valider une production privée qui n'aurait pas été possible sinon. Lorsqu'une collectivité fait construire un gymnase, elle passe des commandes à des entreprises privées qui produisent, une réduction des dépenses conduit à une baisse des commandes et donc à une diminution de l'activité, voire à la faillite de ces entreprises.

Si en renversant nos représentations communes nous arrivons à accepter l'idée que la dépense publique produit, il faut encore nous demander méthodiquement ce qu'elle produit. Parmi les réponses possibles, nous soulignerons dans cette deuxième partie que la dépense publique produit un meilleur état de santé de la population. Dans un contexte où le PIB souffre de nombreuses et profondes contestations dans sa prétention à être un indicateur de richesse des sociétés, il est particulièrement important de mettre en avant l'une des vertus d'une certaine dépense publique : produire de la santé. Or, la santé est à travers les sociétés et les cultures un

élément fondamental pour mener une vie de qualité. Tout autant que les revenus, la santé est une modalité du bien vivre.

Les travaux récents de santé publique permettent dans cet esprit de montrer que la dépense publique est un facteur explicatif de l'amélioration de l'état de santé des populations. D'une part, lorsque l'on étudie les effets de l'austérité ou de la relance non sur le PIB mais sur l'état de santé, la relance sauve des vies quand l'austérité tue. D'autre part, une pléthore de travaux démontre que les sociétés les plus inégalitaires, c'est-à-dire celles où la puissance publique est indifférente aux inégalités et intervient peu pour y remédier, sont aussi celles où l'ensemble de la population – des plus pauvres aux plus riches – connaît les conditions de vie les plus détériorées. Alors que l'Etat se cherche de nouvelles formes de légitimité pour fonder son action, il semble que ces travaux dressent un véritable projet de société : la production publique est une condition pour obtenir une meilleure santé pour tous.

Le chapitre 4 propose une lecture renouvelée de la dépense publique en montrant qu'elle constitue une production participant activement à la qualité de vie de la grande majorité de la population. Le chapitre suivant rappelle brièvement les critiques émises sur le PIB comme indicateur de richesse et propose de lui substituer le critère d'état de santé. Il est alors possible de montrer que la puissance publique produit un meilleur état de santé lorsqu'elle se soucie de réduire le niveau des inégalités (chapitre 5.). Dans la même perspective de refondation de la légitimité de l'action publique, le chapitre 6 propose d'analyser l'impact déterminant sur l'état de santé des politiques de relance (contre les politiques d'austérité) lors des crises économiques. On montre ainsi au travers de ces analyses que la dépense publique parce qu'elle réduit les inégalités et nourrit le bien être personnel et collectif est le véhicule du bien le plus précieux : la santé.

Chapitre 4. De la dépense publique à la production publique

Le débat politique et économique sur le périmètre de l'intervention de l'Etat se focalise sur la prétendue gabegie dont ferait preuve se dernier. Cette idée dominante renvoie une image bien peu positive du rôle de l'Etat : celui-ci serait par construction inefficace comparativement au système de l'allocation marchande et inciterait les administrés et les fonctionnaires à la fraude systématique afin de maximiser leur intérêt personnel au détriment de l'intérêt général. Cette représentation de l'action publique n'est pas neuve. Depuis longtemps l'Etat est stigmatisé pour son ingérence dans les affaires privées. Il est possible d'adopter une autre lecture de la dépense publique. L'objectif de ce chapitre est de mettre en évidence ce que fait la dépense publique – au détriment de la lecture partielle qui ne s'intéresse qu'à son coût. La thèse défendue ici, on verra que c'est aussi celle des comptables nationaux, est que l'action de l'Etat est créatrice de valeur. Plutôt que de parler de la dépense publique comme d'une chose désagréable mais utile (« il faut bien réparer les dégâts causés par le marché »), il s'agit de donner des éléments de preuve montrant que la dépense publique est avant tout une production publique. C'est parce qu'elle produit de la richesse que l'action publique est légitime et quelle donne lieu à valorisation monétaire.

Dans cet esprit les deux premières sections de ce chapitre proposent de rappeler les éléments du débat public (1.) et du débat de théorie économique (2.) sur la place de l'action publique dans l'économie. Nous terminons le chapitre en faisant l'éloge de la dépense publique au regard des contreparties qu'elle autorise (3.).

1. La place de la dépense publique dans l'économie : des « économies de marché » ?

Comme nous l'avons analysé dans la première partie de ce rapport, la force des idées économiques a une dimension conventionnelle qui repose sur un verrouillage institutionnel et un refus de la controverse et qui cache aussi parfois la médiocrité, l'ancienneté et/ou la banalité des arguments sous-jacents. Les choses que l'on connaît le mieux, parce qu'on pense

bien les connaître, sont peut-être celles que l'on connaît le moins. Il en est ainsi de l'expression « économie de marché ».

Nous vivrions dans des économies de marché qui se caractérisent par la décentralisation des décisions individuelles coordonnées par la loi de l'offre et de la demande. Chaque acteur pris isolément prendrait, à partir de ses goûts, de ses anticipations et de ses dotations initiales, des décisions ensuite validées sur les marchés. La concurrence serait le moteur de ce système où les prix, traduction collective de la confrontation des désirs individuels, ont seuls le pouvoir de réguler l'organisation sociale. L'économie de marché s'opposerait aux économies dirigistes (notamment de type communiste) par la plus grande liberté qu'elle confère aux individus et par sa supériorité technique (elle serait un moyen plus efficace d'allouer les ressources).

On peut dire de cette présentation qu'elle est largement illusoire. Nous étudions dans la suite de cette section deux types de raisons qui viennent briser le mythe de l'économie de marché. Cela nous permettra d'introduire la dépense publique dans l'analyse, non pas comme béquille du marché ou comme réminiscence d'un ancien monde mais comme modalité durable du fonctionnement économique contemporain.

1.1 Pour la théorie économique le marché n'existe pas (mais il est partout)

La proposition selon laquelle pour la théorie économique le marché n'existe pas est incontestablement très provocatrice et elle ne recevrait certainement pas spontanément l'adhésion des économistes quel que soit leur école de pensée. Pourtant un bref retour sur l'histoire de la théorie économique permet de montrer que c'est au cœur même de l'école de pensée la plus attachée au marché, la théorie néoclassique, que se trouvent les arguments pour réfuter son existence (sous la forme mythique de principe d'organisation de la société régit par la loi de l'offre et de la demande).

La définition la plus aboutie du marché, comme système permettant de produire le plus grand bonheur collectif par la concurrence sur les prix entre offreurs et demandeurs, est donnée par la théorie de l'équilibre générale (voir notamment la formulation d'Arrow et Debreu, 1954). Sous certaines conditions, il existe une matrice de prix telle que l'offre agrégée dans une économie égale le niveau de la demande agrégée pour tous les biens d'une économie. Le problème central pour la théorie néoclassique provient du fait que les hypothèses permettant

de valider le modèle sont si restrictives que le marché ressemble plus à une fiction sans rapport avec le monde qu'à une analyse réaliste de l'économie.

Le nombre d'hypothèse irréalistes ou rarement réalisées est impressionnant pour le profane : atomicité des offreurs et des demandeurs, homogénéité des produits, libre entrée et sortie du marché, libre circulation des facteurs de production, transparence de l'information, information parfaite et complète, existence de prix pour les biens présents et futurs, rendements décroissants pour les offreurs, rationalité intéressée et calculatoire, préférences formant un pré-ordre complet, existence d'un secrétaire de marché, hypothèse de nomenclature, hypothèse de survie du consommateur, etc. Très récemment l'économiste australien Steve Keen a compilé dans un ouvrage nommé *L'imposture économique* (Keen, 2014) l'ensemble des critiques qu'il convient de faire à la théorie néoclassique et à sa conception du marché. Pour l'auteur, « la prétendue science économique est un agrégat de mythes » (p. 20). Dans la préface de ce livre Gaël Giraud met en évidence non seulement l'absurdité de la théorie néoclassique mais aussi le fait que la plus part des critiques portées à ce modèle ont été portées par les néoclassiques eux-mêmes :

« Le lecteur de ce livre ne tardera pas à découvrir, sans doute abasourdi, que, dans la plupart des modèles néoclassiques qui dominent très largement la profession, une crise comme celle de 2008 est tout simplement impossible. Imagine-t-on des sismologues travaillant avec des modèles qui excluent *a priori* toute forme de tremblement de terre ? Telle est pourtant la situation dans laquelle se trouve actuellement la "science économique". [...]

La force de *L'Imposture économique* est de proposer une déconstruction systématique et raisonnée de ce monde-là. [...]

Que reste-t-il au terme de ce parcours ? Des ruines fumantes. [...] Une bonne partie des critiques formulées dans cet ouvrage l'ont été par des économistes orthodoxes. Les voix les plus autorisées se sont élevées, depuis un siècle, pour avertir que les fondations de l'édifice avaient été posées de travers [...] Mais leur protestation a été oubliée, ou bien ensevelie sous un déluge d'amendements qui,

sans rien changer à l'essentiel, ont pu donner le sentiment que le problème avait été traité [...] »⁴⁰

Si l'on s'intéresse à certains secteurs précis de l'économie, il est possible de montrer contrairement à ce que l'on pourrait prétendre qu'il ne fonctionne pas comme un marché : c'est par exemple le cas des « marchés » financiers (Orléan, 2011) et du « marché » du travail (Cordonnier, 2000). A la suite de Keynes, André Orléan montre ainsi qu'à la bourse les problèmes d'information sont tels que les comportements loin d'être rationnels, au sens néoclassique, répondent à une logique mimétique. Dans un contexte où personne ne connaît la valeur objective des titres (si toutefois elle existe), le comportement raisonnable mais non rationnel est le comportement moutonnier. Si le prix d'un titre croît, c'est probablement que les autres acteurs ont une information qui n'est pas à ma disposition, le titre en question a donc plus de valeur que ce que je le pensais, et il devient intéressant d'en acheter. Au total, l'augmentation du prix a un effet positif sur la demande – ce qui s'oppose radicalement aux règles du marché. Dans un style différent, l'étude de Laurent Cordonnier sur le « marché » du travail montre à quel point l'application dans la réalité des théories économiques construites autour de la fiction de marché aboutiraient à des situations absurdes. Par exemple, si l'on considère que l'offre de travail doit être croissante du prix cela veut dire qu'aux deux extrémités de la fonction d'offre les travailleurs doivent pouvoir, d'une part, s'abstenir de travailler indépendamment de leur contrainte de survie si le salaire est trop faible, et, d'autre part, continuer à offrir toujours plus de travail même si le salaire proposé leur permettrait de réduire leur temps de travail.

Les critiques sur l'existence du marché sont si nombreuses qu'un pan entier de la littérature en sciences sociales a pris pour objet la construction sociale des marchés (Coriat et Weinstein, 2005, Orléan, 2003). Parce que le marché n'existe pas spontanément, il faut construire de toute pièce de nombreuses règles pour l'instituer – et profiter de ses bienfaits supposés. Le

⁴⁰ Parmi l'ensemble des critiques portées à la conception néoclassique du marché, deux d'entre elles sont particulièrement intéressantes lorsque l'on questionne l'expression « économie de marché ». Premièrement, le « théorème de Sonnenschein » démontre que dans le cadre de l'équilibre général il est impossible de déduire du comportement de maximisation des offreurs et des demandeurs une forme quelconque de la demande nette globale. Or, si l'on ne peut s'assurer que la demande nette est décroissante du prix, l'unicité et la stabilité de l'équilibre de marché sont impossibles à garantir. Autrement dit, le libre jeu des préférences individuelles ne mène pas nécessairement à l'équilibre optimal de l'offre et de la demande. Deuxièmement, aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'ensemble de l'édifice néoclassique repose sur la centralisation de l'économie autour de la figure du secrétaire de marché walrasien. Ce personnage fictif a le rôle d'empêcher les transactions tant que l'offre n'est pas égale à la demande. Entre temps, il doit procéder par tâtonnement, une fois le prix à la baisse, une fois le prix à la hausse, pour parvenir à l'équilibre (tâtonnement walrasien). Cette condition bouleverse la vision du marché néoclassique prétendument décentralisé et délivré de toute autorité en bureaucratie.

marché n'est pas un *deus ex machina* et, pour qu'il puisse s'exprimer dans des conditions proches mais jamais identiques de celles décrites par la théorie économique, il lui faut l'apport d'autres institutions. C'est ainsi par exemple que dans le cas de la santé, du fait des réformes récentes visant à instituer un marché de la santé, le patient est invité à se comporter comme un consommateur de soin et le médecin comme un producteur, indépendamment des normes éthiques qui prévalent dans le secteur (Batifoulier et al., 2008 ; voir également la partie 3).

La réaction de la théorie économique dominante à cette absence de marché fut assez étrange. Comme l'explique Olivier Favreau (1989, 2010), l'acceptation (limitée) des défaillances de marché par la théorie néoclassique a abouti à l'émergence d'un nouveau programme de recherche depuis les années 1970 comprenant – au-delà du marché – l'étude des règles étatiques, des contrats et des codes éthiques. Avec ce renouvellement de la théorie néoclassique, le concept d'équilibre (général de marché) plutôt que de se restreindre s'est développé *via* la recherche d'équilibres locaux (dans les contrats par exemple). Tout se passe comme si les relations interindividuelles étaient des relations de marché. Le marché n'existe pas mais il est partout.

Au terme de ce petit retour sur l'histoire de la pensée économique on peut retenir que l'expression « économie de marché » ne peut pas avoir de sens tant que nous sommes marqués par l'usage dominant du concept de marché. Si le marché est le marché de la théorie économique néoclassique, alors l'économie de marché n'existe pas.

1.2 Pour la statistique économique, le hors-marché n'est pas résiduel

La relativisation de la figure du marché dans nos économies permet en creux de réhabiliter les autres formes de l'activité économique – comme l'intervention publique, le travail associatif ou encore les sociétés coopératives et mutualistes. Le hors marché n'est pas la béquille nécessaire du marché (destinée notamment à limiter les effets nocifs du marché comme l'engendrement de la pauvreté). Ainsi, pour Christophe Ramaux (2012), accepter de raisonner dans les termes de l'économie de marché (pour ne pas dire économie capitaliste) « revient à ravalier au rang de simples accessoires ce qui lui échappe » (p. 49). Comme si l'action publique n'était qu'une parenthèse ou un supplément d'âme au principe général de l'univers : le marché. Nos économies ne sont pas des économies de marché mais des économies avec du marché (au sens de secteur privé à but lucratif et non au sens de la théorie néoclassique), avec de l'intervention publique (au sens de l'Etat et de la sécurité sociale) et avec de l'économie sociale (au sens d'activité privée sans but lucratif). Dès lors, l'étude statistique des données

économiques nationales permet de montrer que le hors-marché ainsi défini est tout sauf résiduel. Par exemple, en France, près de la moitié de l'emploi ne dépend pas des entreprises marchandes : sur les 26 millions de personnes en emploi, 10% sont non salariées, 25% sont dans l'emploi public et 10% sont dans l'économie sociale (associations, fondations, mutuelles et coopératives). Sous ce rapport, nos économies sont des économies mixtes : ni entièrement marchandes, ni entièrement non marchandes.

Dès 1948, Paul A. Samuelson (prix Nobel d'économie 1970) a fait remarquer que tous les pays ont une économie mixte, dont une partie fonctionne selon les règles de marché et une partie hors des règles de marché. Cette seconde part représente toujours et partout plus de 30 % de l'activité économique. Selon le pays, le degré de marchandisation ou de dé-marchandisation (Titmus, 1974) de l'économie est variable et évolue dans le temps, en raison de fortes spécificités nationales et de conjonctures économiques politiques ou sociales favorables au développement ou au rétrécissement de la place relative de la puissance publique et des marchés. Il est en conséquence possible de distinguer plusieurs formes d'activités susceptibles de créer de la valeur économique :

- Le marché joue un rôle essentiel dans les pays développés et constitue le moteur d'une partie importante (souvent dominante) de l'activité économique et de la production de la richesse nationale. Les entreprises inscrites dans l'économie de marché créent des emplois, engagent des investissements et cherchent à dégager des bénéfices. Si elle est souvent dominante, l'activité marchande ne représente pas l'ensemble de la richesse nationale (exprimée dans le PIB)⁴¹.

- La puissance publique, par les missions qu'elle assure, les réglementations qu'elle développe et les dépenses qu'elle génère, contribue au développement économique et à la production de richesse. Elle crée des emplois, favorise les investissements et bénéficie des prélèvements obligatoires pour financer ses actions. La dépense publique est productive et cette production est une partie intégrante du PIB. Nous reviendrons sur les différentes formes de la production publique plus loin.

- Les activités « privées » hors marché qui sont constituées de groupes de personnes (syndicats, partis politiques, etc.) et des structures d'économie sociale et solidaire

⁴¹ Le PIB prend en compte toute la production : marchande et non marchande (avec une définition limitée du marchand : cas où le prix de vente est supérieur au prix de production, ou au moins significatif). A partir de cette lecture issue de la comptabilité nationale, il est possible d'affirmer que la dépense publique est non seulement utile (cf. chapitre 2 et 3) mais aussi productive puisqu'elle contribue à l'augmentation du PIB (ce n'est pas une ponction sur le PIB).

(associations, mutuelles, coopératives, fondations, etc.). Ces activités génèrent de l'activité économiques, créent des emplois (2,37 millions de salariés qui constitue l'un des 10 premiers employeurs dans chaque département) et contribuent à la création de valeur selon le CNCRES 2015⁴². L'estimation de l'Insee, en 2013, chiffre la contribution de l'ESS à 6 % du PIB, avec une valeur ajoutée brute créée de 100 milliards d'euros.

- Les activités non marchandes privées : le troc, le bénévolat et activités assimilées qui sont facilitées par le développement d'internet. Ces échanges bien qu'utiles ne sont pas évalués en valeur monétaire, à la différence des autres grandes familles d'acteurs économiques⁴³, ils ne contribuent donc pas à la création de valeur dans le PIB.

La répartition entre ces grands blocs n'a ni un caractère figé ni une prédétermination « scientifique ». Elle évolue et ces évolutions sont rythmées par des mouvements de balancier motivés par plusieurs éléments :

- Des priorités idéologiques (promotion de l'individualisme et de la responsabilité personnelle, lutte contre la misère, défense des systèmes écologiques, droit à la santé, à l'éducation, à la sécurité, à la justice, remise en cause du capitalisme, etc.) qui déterminent les places relatives que l'on accorde à certaines valeurs et contribuent à définir les parts de la puissance publique et celle du marché dans différentes activités.

- Des tendances économiques (crises, cycles, chômage, ouverture ou commercer extérieur, protectionnisme, intensité de la concurrence internationale, etc.), qui modifient les règles de marché.

- Des rapports de force politiques et sociaux qui favorisent les transferts d'activités publiques à la sphère du privé (ou l'inverse), la révision du code du travail, les règles de gestion des activités publiques, etc.

- Des contraintes liées aux accords internationaux ou découlant des modalités d'application de ces accords internationaux (règles communautaires, dérèglementation, ouverture à la concurrence, etc.).

⁴² Panorama de l'ESS en France – édition 2015, Conseil National des chambres régionales de l'économie sociale (CNCRES).

⁴³ L'exemple souvent cité pour montrer certaines difficultés d'évaluation de l'activité bénévole est celui de la personne qui épouse son employé(e) de maison. Le conjoint ne reçoit plus de salaire, donc son travail n'est plus comptabilisé dans le PIB. Cela veut-il pour autant dire que ce travail n'a plus de valeur ?

- Des formes d'organisation sociale et de leurs évolutions (en particulier à l'aide d'internet) qui développement de nouvelles formes de rapports marchands (achats groupés, etc.) ou non marchands (actions de solidarité, etc.).

Bien que les possibilités concernant l'arrangement entre marché et hors marché sont infinies, il est un invariant que les travaux de Christophe Ramaux (2012) permettent de souligner avec force : l'économie de marché pure n'existe pas même dans les pays dits libéraux. Il est coutumier de qualifier les Etats-Unis, la Grande-Bretagne et bien d'autres pays de pays libéraux. Cette caractérisation n'a pourtant de sens que s'il s'agit de positionner ces différents pays par rapport à des pays où le hors marché est plus imposant (comme la France par exemple). Pour ne prendre que cet exemple, les deux pays précédemment mentionnés sont libéraux relativement aux autres pays développés mais pas de façon absolue. Ainsi, en 2007, les dépenses de santé étaient financées aux Etats-Unis à 45% par la puissance publique. C'est peu comparativement à la moyenne des pays de l'OCDE (73%) mais il serait faux de dire que le système de santé américain est libéral au sens où il serait uniquement régulé par les marchés. A l'inverse, le Royaume-Uni est le pays où les dépenses de santé sont le plus largement socialisées au monde : le *National Health Service* couvre en 2013 93% des dépenses de santé britanniques⁴⁴. Si le Royaume-Uni est incontestablement libéral, ce jugement ne vaut que parce qu'il est relatif à des pays comparables. En ce qui concerne les retraites, il serait également possible de conserver une vision caricaturale du système américain où n'existeraient que les fonds de pension. Or, depuis le *Social Security Act* de 1935, sous la présidence de Roosevelt, 95% des travailleurs américains cotisent à un système de retraite par répartition avec une caisse unique représentant 5% du PIB américain et une source importante de revenu pour les personnes âgées les plus pauvres.

Outre les systèmes de santé et de pension, les pays libéraux connaissent assez largement l'emploi public et le service public (ce dernier pouvant être réalisé par des acteurs privés). Si l'on reste sur le cas britanniques, le fort degré de socialisation des dépenses de santé démontre l'importance du service public et de l'emploi public (personnels de santé mais aussi administratif). Aux Etats-Unis, la gestion de l'eau est essentiellement publique, contrairement au cas Français par exemple. Cette inversion des représentations tient également pour l'éducation au primaire et au secondaire : le taux de scolarisation dans le public est supérieur

⁴⁴ Selon la base de données sur la santé de l'OCDE 2013 qui comptabilise la part publique (part des administrations publiques et/ou de Sécurité sociale selon les pays).

aux Etats-Unis qu'en France où la tradition de l'enseignement privé est puissante. Le taux américain est même supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE alors qu'il est inférieur pour la France.

Au total, il devient déraisonnable de parler d'« économie de marché » pour décrire les économies contemporaines. Tant d'un point de vue théorique que statistique il est incontestable que si le marché est un élément important de la dynamique économique il n'est ni le seul ni premier. Dans nos économies mixtes, d'autres logiques à l'activité économique coexistent avec la logique marchande. Il devient alors nécessaire de s'interroger sur ce que les économistes ont à dire sur la place de l'acteur public dans la vie économique.

2. La place de la dépense publique dans le débat de théorie économique

La place de la dépense publique dans le débat économique est plus subtile que ce que l'on pourrait croire de prime abord. Après avoir brièvement explicité principaux point de vue nous nous attarderons sur les points de débats qui structurent les questionnements sur l'opportunité de la dépense publique puis nous nous interrogerons sur la question du financement de cette dépense.

2.1 Les économistes face au problème de l'Etat

Partant du constat que la dépense publique existe dans toutes les sociétés développées, faut-il plus ou moins de dépenses publiques dans l'économie ?

Dans ce domaine, plus que dans beaucoup d'autres, les écoles de pensées sont opposées voire contradictoires, le recours à des outils mathématiques, statistiques ou la convocation d'analyses scientifiques ne permet pas de trancher des débats qui relèvent de choix politiques et d'intérêts considérés comme primordiaux. Il ne s'agit pas d'un débat d'experts. L'absence de réponse unique et indiscutable condamne à des réponses sujettes à interprétations, à présupposés. Les résultats de notre recherche, comme ceux de toutes les recherches dans ce domaine sont donc en grande partie subjectifs. Nos résultats sont construits à partir de l'accumulation d'éléments de preuve empiriques de façon à rendre possible le débat argumenté mais ils ne prétendent pas au statut de vérité scientifique absolue et immuable. Contrairement à certains travaux qui se présentent comme « objectifs », comme le produit de lois de la nature, alors que les hypothèses, les présupposés et les méthodes statistiques retenus

ont fait l'objet de choix partiels qui conditionnent les résultats obtenus, nous informons le lecteur de cette dimension irrémédiablement discutable de nos résultats.

Schématiquement, deux écoles de pensée principales peuvent être mises en évidence pour leur conception de l'Etat: la théorie néoclassique et l'école keynésienne⁴⁵.

Pour la théorie néoclassique, constituant le paradigme aujourd'hui ultra dominant en théorie économique, l'intervention publique est structurellement suspecte d'inefficacité. En dépit de nuances qu'il convient de préciser, voilà le socle commun de l'analyse néoclassique, à propos duquel on peut néanmoins distinguer deux types de travaux :

- La concurrence pure et parfaite : dans cette perspective, cadre de référence pour l'ensemble de la théorie néoclassique (cf. section précédente), l'économie n'est qu'une somme de marchés où les prix jouent un rôle de régulation permettant d'atteindre spontanément un état de bien-être social maximum (optimum de Pareto). Par construction, toute intervention extérieure au marché ne peut que faire dévier l'économie de l'optimum social – ce qui est particulièrement le cas pour l'intervention publique. S'il y a du chômage ce n'est pas parce que le marché du travail est défaillant mais parce que la présence de l'Etat constitue une rigidité empêchant l'autorégulation du marché (salaire minimum, réglementations, ...).

- L'économie de l'information : dans cette perspective où certaines des hypothèses du cadre général sont relâchées, les acteurs sont toujours susceptibles d'exploiter les asymétries d'information pour obtenir une rente. L'économiste analyse toujours la situation de concurrence pure et parfaite comme l'étalon des valeurs (le *first best* ou le Nirvana pour reprendre l'expression de Demsetz, 1969) mais, en raison de défaillances de marchés, il faut mettre en place des schémas d'incitations permettant de se rapprocher de l'idéal que constitue le marché (le *second best*). La théorie du choix public (Buchanan, 2004) par exemple estime que les acteurs publics sont comme les autres intéressés et égoïstes ce qui rend obligatoire la surveillance étroite des fonctionnaires et des élus, toujours susceptibles d'exploiter le bien public à leur profit privé (risque de formes de corruption, de conflits d'intérêts, etc.). L'intervention publique lorsqu'elle est nécessaire doit alors chercher à mimer le jeu concurrentiel du marché, celui-ci étant considéré comme le seul mécanisme d'incitation permettant d'utiliser efficacement les ressources rares. L'économie de l'information est

⁴⁵ Nous ne discuterons pas ici des thèses marxistes sur l'Etat et l'intervention publique bien qu'elles puissent présenter un intérêt dans cette analyse.

parfois moins sévère avec l'intervention publique comme c'est le cas des néo-keynésiens⁴⁶. Ceux-ci restent persuadés que la concurrence pure et parfaite est l'étalon des valeurs à atteindre mais, ils ne considèrent pas que la cause des imperfections du marchés soient endogènes (syndicats, Etats, etc.). C'est par exemple le cas avec les théories du salaire d'efficience (Shapiro et Stiglitz, 1984) qui rendent le marché lui-même responsable des inefficacités constatées. Dans ce cadre, l'intervention publique peut être utile pour réaliser le programme du marché en adoucissant les effets néfastes de ses imperfections.

Si pour l'analyse néoclassique (libérale ou néo-keynésienne) l'intervention publique est toujours à bannir lorsque c'est possible, il en va tout autrement pour Keynes et les post-Keynésiens (Keynes, 1936, Lavoie, 2004). Pour la pensée keynésienne, le marché autorégulateur n'a en aucun cas l'efficacité sociale et économique que la théorie dominante lui octroie. Le marché ne peut à lui seul assurer le plus grand bonheur du plus grand nombre. Contrairement aux néoclassiques, les problèmes ne proviennent pas des imperfections sur les marchés par ailleurs considérés comme un Nirvana (asymétrie d'information, atomicité, etc.). C'est le marché comme mode de régulation unique et univoque qui est remis en cause parce qu'il est intrinsèquement injuste et inefficace – et non parce que des défaillances l'empêchent de réaliser ses potentialités. Pour Keynes, il existe des situations d'équilibre sur les marchés des biens et de la monnaie associées à du sous-emploi sans que cela ne soit une anomalie. Le plein emploi sur le marché du travail est l'exception qui confirme la règle : le marché autorégulateur est inefficace. L'intérêt général n'est pas réductible au jeu des intérêts particuliers ce qui justifie l'intervention de l'Etat non comme béquille du capitalisme mais comme acteur essentiel de l'économie. Le chômage de masse qui caractérise les années 1930 n'est donc pas le produit d'un excès d'intervention de l'Etat mais de son défaut d'intervention. L'intervention publique est nécessaire non pour pallier aux imperfections du marché mais pour se substituer à lui pour réaliser ce que le marché ne peut pas faire : plein emploi, stabilité économique et financière, réduction des inégalités, etc. Si dans la pensée keynésienne l'acteur central est l'entreprise (qui prend les décisions d'investissement et de production de biens de consommation déterminant le niveau de la demande globale), l'Etat est le seul acteur ayant l'ampleur suffisante pour réorienter l'économie, notamment en cas de crise de façon à relancer la production et l'emploi.

⁴⁶ Courant de pensée qui cherche à opérer une synthèse entre la théorie keynésienne et la théorie néoclassique

La lutte théorique continue entre keynésiens et néoclassiques structure depuis de longues années les débats publics sur l'opportunité de l'intervention de l'Etat dans l'économie. Il ne serait pas possible de retracer l'ensemble de ces débats ni même d'en faire une synthèse. On peut néanmoins extirper de la littérature quelques points saillants de débat sur la question de la dépense publique.

2.2 Quelques points de débat sur la question de la dépense publique

Tous les économistes s'interrogent sur l'utilité de la dépense publique, en France mais aussi dans d'autres pays, sur sa place et sur son efficacité par rapport à d'autres formes d'activités (privé à but lucratif, associatif, etc.).

La puissance publique contribue à assurer certaines missions, à développer des priorités, qui font (ou on fait) l'objet d'un consensus dans la société (protection sociale), à assurer des fonctions qui relèvent de l'intérêt général (protection de l'environnement, des personnes fragiles, etc.), à fixer des règlements permettant le fonctionnement de l'activité humaine. Ces règlements contraignent les acteurs économiques et conditionnent les activités privées. Par exemple, la quasi-totalité des activités des compagnies d'assurances sont la conséquence des réglementations (obligation d'assurer sa voiture, sa maison, etc.), alors que les accidents du travail procèdent de la responsabilité collective (ou responsabilité sociale) et pas de la responsabilité du salarié ou de l'employeur⁴⁷.

Certaines de ces missions, particulièrement celles qui relèvent d'activité concurrentielles, peuvent être assurées soit par le service public soit par des entreprises privées, selon le pays et selon la période. Une grande partie des missions assurées par la puissance publique entraîne des dépenses (prise en charge totale ou partielle des coûts) qu'il convient de maîtriser et de contenir. Contrairement à ce que pourrait laisser croire certains anathèmes, même pour un keynésien (ou un marxiste) il n'est pas pertinent de gaspiller les ressources publiques. Aucun économiste ne fait l'apologie de la gabegie.

La suppression, ou la réduction, de certaines dépenses publiques peut entraîner la disparition, ou la diminution, d'un service public, mais peut être justifiée en raison:

⁴⁷ La pierre qui tombe sur un salarié et le blesse ne relève ni de la responsabilité de l'employeur ni de celle du salarié, mais de la responsabilité collective.

- de son inutilité. Les cas de dépenses publiques inutiles sont notamment stigmatisés par les rapports de la cours des comptes et par les hérauts du marché. Mais, même dans ces cas-là, le jugement sur le caractère utile ou inutile de la dépense publique est toujours controversé et il est rare de trouver des situations où une dépense publique est unanimement critiquée pour son inutilité.

- de son coût excessif. Certaines dépenses publiques peuvent être utiles mais trop coûteuse par rapport à un autre mode d'organisation et de financement de l'activité. Pour de nombreux économistes, un transfert au secteur privé dans le but de réduire les coûts par la mise en concurrence peut alors se justifier.

- de son degré de généralité excessif. Parfois la dépense publique est jugée utile mais uniquement lorsqu'elle est destinée à certaines populations, telles que les plus démunis, les populations solvables devant se tourner vers le marché (retraites par capitalisation, santé, éducation, etc.).

Dans la quasi-totalité des situations, la réduction des actions publiques se traduit par une substitution (au moins partielle) par des activités privées. Le retrait de la dépense publique annonce la venue (ou le retour) de la dépense privée. Par exemple, lorsque la sécurité sociale réduit le niveau de remboursement des consultations médicales elle ne supprime pas le besoin de soin mais elle transfère une partie de l'activité au secteur privé (cf. troisième partie). Ce retrait de la dépense publique n'est envisageable qu'à une double condition. D'une part, les activités privées doivent rencontrer une demande solvable afin de rentabiliser le capital investi. En reprenant l'exemple précédent on peut dire que le retrait de la sécurité sociale n'est possible aujourd'hui que parce qu'une grande partie de la demande est solvable⁴⁸. Or, historiquement, la création de la sécurité sociale a été notamment justifiée par l'insolvabilité des patients qui ne pouvaient pas se payer les soins. D'autre part, la théorie économique insiste sur le fait que la substitution du public par le privé ne peut être souhaitable que si le marché apporte des avantages par rapport au public : baisse des coûts de gestion, meilleure qualité de service, etc. Lors des expériences de privatisation, ce deuxième point fait l'objet de la plupart des débats.

⁴⁸ On peut remarquer que lorsque les baisses de prise en charge ont été importantes (Grèce 2010), l'impact a été une baisse d'activité des cliniques privées (demande solvable insuffisante) et un accroissement du recours à l'hôpital public, comme on le verra dans la troisième partie.

Dans le cadre du référentiel libéral, l'intervention publique doit être réduite afin de favoriser la responsabilité individuelle et d'entraîner des baisses des impôts et cotisations sociales. Il faut noter que dans ce contexte la réduction de l'action publique et le transfert de services publics au privé ne relèvent pas seulement de positions idéologiques, d'arguments scientifiques ou de priorités politiques, elle est aussi à l'origine d'enjeux matériels extrêmement importants qui peuvent générer des profits considérables et favoriser des soupçons de corruption ou de conflits d'intérêts pour une partie des cadres de l'appareil d'Etat intellectuellement convaincus ou à la recherche d'une reconversion confortable⁴⁹.

Sur les conséquences aux Etats-Unis de la réduction du périmètre des services publics, on peut notamment se reporter au livre de James Galbraith, *L'Etat Prédateur* (2009), qui traite de l'« exploitation systématique d'institutions publiques pour le profit du privé » (p. 19) depuis le début des années 80 : la nomination de lobbyistes à la tête des administrations supposées indépendantes et chargées de faire respecter la réglementation qui adaptent la réglementation au profit des industriels ; développement d'activités de soutien financées par la puissance publique ; réduction des impôts et de « charges » des entreprises par leurs déplacement sur la dépense publique, ce qui correspond à un transfert financier au profit des bénéficiaires et participe à l'explosion des inégalités, etc.

Les privatisations récentes (gestion de l'eau, du gaz, des autoroutes, etc..) montrent que des surprofits ont pu être réalisés avec la complicité intentionnelle, *de facto*, de hauts fonctionnaires voire du personnel politique. Aux Etats-Unis, James Galbraith parle de classe prédatrice (2009, p. 184 et p.213) dont l'objectif est de dépecer la puissance publique et de démultiplier leurs profits personnels sans risques et sans ambition industrielle. Le seul objectif de cette démarche est la recherche de plus-values financières. Dans cet esprit, on peut citer la multiplication, souvent ruineuse, de partenariats public-privé qui confère au privé des avantages extravagants sans contrepartie significative (Marty et al. 2006). Dans un autre style, on peut également citer la critique désormais bien connue dans le débat public des grands projets d'infrastructures (Guibert, 2013). Ici, l'inutilité de la dépense publique est assez largement reconnue mais les projets sont tout de même réalisés sous la pression des industriels qui y voient des sources de profit sans risques. Quelques fois, à la critique économique s'adjoint la critique écologique. Les exemples sont nombreux et très largement

⁴⁹ Ce débat rebondit également au niveau européen avec la reconversion de José Manuel Barroso chez Goldman Sachs.

médiatisés *via* les luttes populaires qui visent à stopper certains projets : le circuit de formule 1 à Flins sur Seine, l'aéroport de Notre Dames des Landes, le barrage de Sivens, le parc de vacances de Roybon, le centre commercial EuropaCity au triangle de Gonesse, etc.

Dans le cadre de ces controverses, le volume et les formes de dépenses publiques dépendent des rôles et des priorités qui sont attribuée à l'Etat (par la voie démocratique mais aussi par le *lobbying*). Selon les pays et les périodes, l'un ou l'autre de ces rôles devient prioritaire, au détriment des autres. Ainsi l'Etat doit classiquement :

- Assurer ses fonctions régaliennes (justice, sécurité intérieure et extérieure, la représentation extérieure, etc.).
- Faciliter le fonctionnement du marché là où il est considéré comme le plus efficace. Il s'agit alors de ne pas l'entraver par une concurrence déloyale, par des réglementations trop tatillonnes, par un excès de zèle, par des surcoûts injustifiés (impôts, charges, etc.) mais aussi de construire le cadre dans lequel s'exerce la concurrence entre les acteurs privés (droit commercial, droit de la concurrence, infrastructures logistiques, etc.). Ce faisant le but est d'encourager l'activité privée et la création d'emplois afférente – sans regard sur le contenu de l'activité en question.
- Assurer un certain bien-être social. Certains utilisent en France l'expression d'Etat providence, *Welfare State* pour les anglo-saxons ou *Estado del bienestar* pour les hispaniques.
- Répondre aux attentes de la population en termes de démocratie politique, économique et sociale.
- Jouer un rôle contra-cyclique, en apportant son concours à la sortie de crise par un soutien financier aux secteurs ou aux individus les plus touchés. C'est par exemple ce qu'il s'est passé en 2008/2009 avec le soutien massif des banques privées (plusieurs centaines de milliards d'euros en Europe, de dollars aux Etats-Unis) ou en accentuant le rôle de stabilisateur automatique des dépenses sociales (lorsque la population perd ses revenus du fait de l'augmentation du chômage, les aides publiques permettent de prendre le relais et de ne pas déprimer encore plus l'économie).

2.3 La question du financement de la dépense publique

Le financement de dépenses publiques est un choix politique qui dépend en grande partie des recettes publiques et des limites fixées aux déficits publics. Le type de recette, impôt ou

cotisation sociale, constitue un enjeu aux conséquences directes sur les droits et devoirs des administrés. La préférence pour certains impôts n'est jamais neutre : impôt sur les hauts revenus, sur les bas revenus, sur les classes moyennes, sur la consommation, sur le capital, sur les entreprises, la création de niches fiscales, le développement de dépenses budgétaires, etc. Celle-ci relève d'options et d'arbitrages politiques et jamais d'un choix technique.

Pour limiter le propos à l'impôt sur le revenu, on constate que, de manière quasi continue depuis les années 1980, l'impôt a épargné les hauts revenus (de façon considérable si l'on tient compte des niches fiscales), se concentrant en priorité sur les classes moyennes. L'impôt est faiblement progressif, tout prélèvement confondu. Ainsi, le taux maximal d'imposition baisse dans tous pays ; de 83% à 40% entre 1979 et 1988 au Royaume-Uni (sous le gouvernement de Margaret Thatcher), de 65% à 28% entre 1981 et 1986 aux Etats-Unis (sous le gouvernement de Ronald Reagan). En France, l'ampleur du recul est moins spectaculaire pourtant, contrairement aux idées reçues, le taux maximal d'imposition a perdu 25 point de pourcentage en 20 ans, passant de 65% en 1986 à 40% en 2006⁵⁰.

Parallèlement, on constate une baisse du pouvoir d'achat des ménages au cours des années 2011, 2012, 2013 (Tableaux 4.1. et 4.2.). Il est ainsi inexact de dire que la baisse des impôts contribue à l'amélioration du pouvoir d'achat. Le pouvoir d'achat par ménage a ainsi reculé en 2011 de 0,7%, puis de 1,7% en 2012 et de 1,2% en 2013. La baisse cumulée entre 2011 et 2014 approche 4%. Cette baisse est également sensible, bien que légèrement moins forte, dans les mesures du pouvoir d'achat par unité de consommation : elle est de 2% entre 2011 et 2013.

Même si cette baisse est beaucoup moins forte que celle qui a pu être constatée dans d'autres pays européens comme la Grèce, l'Espagne, ou le Portugal, et si ses justifications peuvent sembler incontournables, en raison des contraintes de baisse des déficits publics, imposée par les accords européens, elle n'en demeure pas moins impopulaire et ne fait l'objet d'aucun consensus. Cette baisse aura des effets durables, les ménages français ne pourront espérer retrouver leur pouvoir d'achat de 2010 avant 2020. Et ce résultat moyen cache de grandes disparités, le revenu de certaines catégories (classes moyennes) ayant fléchi davantage.

De manière similaire, l'impôt sur les sociétés a systématiquement baissé dans tous les pays, favorisant un *dumping* fiscal, et une course au moins disant fiscal (Walravens, 2014). Même

⁵⁰ Pour un développement, on peut se reporter Piketty (2013)

sans aller jusqu'au *tax ruling* et aux accords secrets passés par des pays européens (Luxembourg, Irlande, etc.) au détriment des autres, les différences de taux officiels sont tels que de nombreuses entreprises ont fait le choix de la délocalisation de leurs profits. La puissance publique désire agir pour garder des sièges sociaux en France, ce qui suppose de réduire le taux d'imposition. Ce taux devrait baisser prochainement de 5 points de pourcentage, passant de 33 à 28%, selon les annonces du gouvernement actuel (septembre 2016). Pourtant, avec un taux marginal d'impôt sur les sociétés de 34,4% selon la banque mondiale⁵¹, le taux d'imposition réel sur les bénéficiaires des sociétés ne serait que de 8,7%, selon le même rapport qui souligne le rôle du CICE désormais en phase de maturité dans un contexte de multiplication des formes de réductions d'impôts, de crédits d'impôts et d'exonérations. Le taux en question est calculé par le rapport entre le montant de l'impôt sur les sociétés, effectivement payé, et le bénéfice total dégagé par l'entreprise au cours de l'année 2015. Ce constat concerne aussi bien les grandes entreprises que les PME.

L'Etat n'est donc pas neutre et fixe ses dispositions fiscales et ses recettes selon des priorités politiques, dans le contexte économique, social et international de la période. De ces choix dépend le niveau de la dépense publique et, dit autrement, de la production publique.

⁵¹ Rapport « Paying Taxes 2016 » Banque mondiale et PwC, 10ème édition, www.pwc.com/payingtaxes

Tableau 4.1. Revenu disponible brut des ménages

Insee Comptes nationaux - Base 2010, Mise à jour le 30 mai 2016.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
En milliards d'euros										
Salaires et traitements bruts	702,5	731,3	754,5	755,2	777,2	795,3	811,5	820,8	828,8	841,7
Cotisations sociales à la charge des salariés	96,1	99,3	100,8	101,4	103,4	104,6	108,8	113,8	117,5	120,8
Salaires et traitements nets	606,4	632,0	653,7	653,8	673,8	690,7	702,7	707,1	711,3	721,0
Prestations sociales autres que transf. soc. en nature	356,5	372,5	385,8	406,8	419,4	428,9	445,1	458,2	468,3	477,3
Revenus salariaux et sociaux	962,9	1 004,5	1 039,5	1 060,6	1 093,2	1 119,6	1 147,8	1 165,3	1 179,6	1 198,2
Excédent brut d'exploitation et revenu mixte brut	270,9	286,0	296,5	278,7	280,9	286,6	289,8	286,9	288,8	291,8
Cotisations des non-salariés	23,9	24,6	26,0	27,2	28,1	27,8	29,1	30,3	31,0	30,7
Revenu disponible brut	1 155,9	1 216,3	1 254,1	1 255,3	1 285,4	1 311,4	1 318,3	1 321,9	1 332,8	1 352,0

Tableau 4.2. Evolution du pouvoir d'achat par personne, par ménage et par unité de consommation

Insee Comptes nationaux - Base 2010, Mise à jour le 30 mai 2016.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
En %										
Évolution du revenu disponible brut	4,5	5,2	3,1	0,1	2,4	2,0	0,5	0,3	0,8	1,4
Évolution de l'indice du prix de la dép. de conso. finale des ménages	2,1	2,1	2,8	-1,5	1,2	1,8	1,4	0,6	0,1	-0,2
Évolution du pouvoir d'achat du revenu dispo. brut des ménages (**)	2,4	3,0	0,3	1,6	1,2	0,2	-0,9	-0,4	0,7	1,6
Évolution du pouvoir d'achat par personne	1,7	2,4	-0,3	1,1	0,7	-0,3	-1,4	-0,8	0,3	1,2
Évolution pouvoir d'achat par ménage	1,2	1,9	-0,7	0,7	0,3	-0,7	-1,7	-1,2	-0,1	0,9
Évolution du pouvoir d'achat par unité de consommation	1,7	2,3	-0,4	1,0	0,6	-0,4	-1,5	-1,0	0,1	1,1
Évolution de la population moyenne	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4
Évolution du nombre de ménages	1,2	1,1	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,8	0,7
Évolution du nombre d'unités de consommation	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5

3. La dépense publique a une contrepartie dont on peut faire l'éloge

Si le discours ambiant sur la dépense publique est très majoritairement négatif, il est tout à fait possible de faire l'« éloge de la dépense publique », pour reprendre l'expression de Christophe Ramaux (2012). Rien de plus faux que l'idée reçue selon laquelle « le secteur public improductif est financé par un prélèvement sur le secteur privé, ce qui conduit à son étranglement, alors même qu'il crée, seul, la richesse » (p. 300)⁵². Le marché, mais aussi la puissance publique, créent de la valeur.

Les dépenses publiques ne constituent pas exclusivement et prioritairement une dépense mais contribuent à de la création de richesses, soit directement soit indirectement. Directement, la puissance publique verse des salaires aux fonctionnaires et des prestations en espèces à l'ensemble des ménages. Elle génère de ce fait de l'activité économique comme le fait, dans le secteur privé, le même type d'activité. Par exemple, les cliniques privées créent de la valeur, les hôpitaux publics également, de même les écoles privées comme les écoles publiques créent de la valeur, etc. Indirectement, la dépense publique génère de l'activité privée grâce aux subventions, aides et autres commandes publiques (la baisse des commandes publiques engendre systématiquement des protestations venant des entreprises qui vivent de ces commandes). L'activité générale de l'économie est développée également par les prestations en nature *via* la prise en charge ou le remboursement de dépenses privées comme l'industrie pharmaceutique ou les subventions à l'activité culturelle. L'Etat favorise le développement anticipé d'investissements, notamment par les partenariats public-privé (PPP) qui permettent la croissance d'activités privées financées à terme par la puissance publique. Le procédé des PPP permet un engagement sur une longue période, c'est une forme de dette publique non assumée. Il s'agit d'une dépense publique différée (on pourrait dire masquée) qui n'accroît pas immédiatement le déficit public mais augmente les dépenses à venir. Par les nationalisations ou les privatisations d'entreprises l'Etat impacte l'activité privée. Ces actions sont souvent guidées par les valeurs idéologiques (volonté de faire passer dans le domaine public telle ou telle activité, etc.) ou économiques (situation de monopole qui ne permet pas le fonctionnement du marché, etc.). La privatisation n'est possible que pour des activités

⁵² Cette section s'inspire largement du chapitre 9 de l'ouvrage de Christophe Ramaux (2012) sur l'Etat social. Lorsqu'elles ne sont pas précisées les sources concernant les chiffres proviennent de cette référence (p. 297-319).

rentables ou susceptibles de devenir rapidement rentables (possibilité de modifier les tarifications, etc.) avec transfert au secteur privé des bénéfices engendrés. Enfin, les aides à l'emploi, qui sont une priorité dans certains pays (USA, Pays scandinaves, etc.) et qui peuvent prendre la forme de financement de certaines dépenses privées (cotisations sociales, investissements privés par le CICE, etc.) ou de dépenses budgétaires (crédit d'impôt, etc.), favorisent le développement d'activités dans le secteur privé.

En prenant une clef de lecture statistique, il faut essayer de comprendre ce que signifie le fait que la dépense publique représente plus de 50% du PIB en France (57% en 2015, source INSEE). La première chose à noter est que cela ne signifie absolument pas que 50% de la richesse nationale est captée par les fonctionnaires et les administrations publiques. Pour avoir une analyse fine de ce chiffre il faut comprendre le fonctionnement du budget des administrations publiques⁵³. Du côté des recettes, il y a trois sources principales de financement : les impôts et cotisations sociales, la vente d'une partie des services produits (billets de train, frais d'inscription à l'université, ticket de musée, etc.) et l'emprunt. Du côté des dépenses, et c'est l'aspect qui nous intéresse ici, on compte trois composantes principales de la dépense publique :

- Le paiement des services publics dont l'essentiel est composé par la masse salariale fonctionnaires. Cependant, cette partie de la dépense revient directement ou indirectement à la consommation des ménages (éducation, police, etc.). Le paiement des fonctionnaires a pour corolaire la fourniture d'un service pour lequel il existe une forte demande sociale (manifestations contre les fermetures de classes, demande de maintien de police de proximité, protestations contre l'engorgement des tribunaux, etc.).

- Le versement de prestations sociales en espèces comme les retraites, les allocations chômage et familiales, les aides au logement, etc. Ici le retour aux ménages est direct puisque la puissance publique finance directement la dépense privée des ménages. Elle soutient les revenus donc la consommation privée et les entreprises privées qui cherchent à satisfaire cette demande. Il s'agissait de plus de 378 milliards d'euro en 2010 soit 35% de la dépense publique et 30% du revenu disponible brut des ménages. Dès lors, toute réduction de la surface publique implique une baisse des revenus des ménages qui n'est pas neutre puisque la redistribution publique réduit les inégalités (cf. chapitre 5).

⁵³ Pour simplifier on parle au singulier alors qu'il y a une multitude de budgets différents pour les comptes publics (cf. partie 1).

- Le versement de prestations sociales en nature qui constitue le remboursement par l'administration des frais dépensés auprès d'acteurs du secteur privé. C'est surtout le cas dans le secteur sanitaire avec le remboursement de médicament et des consultations en médecine libérale. Ces prestations représentaient 181 milliards d'euros en 2010 soit un peu moins de 15% du revenu disponible brut des ménages.

Prises ensemble, les prestations sociales en espèces et en nature représentent environ 559 milliards d'euros qui sont directement affectées aux ménages, sur un total de 1995 milliards de dépense publique. Encore une fois, réduire la dépense publique c'est avant tout porter atteinte à la consommation privée des ménages (et aux entreprises qui en vivent). Dans ces conditions, il faut souligner que la dépense publique est indispensable au secteur privé non seulement parce qu'elle constitue des débouchés par la solvabilisation des ménages mais aussi parce qu'elle permet de réaliser des investissements de long terme indispensables à la vie des entreprises comme à la vie sociale (éducation, recherche, infrastructure). A ce sujet, l'opposition classique entre dépenses d'infrastructure (liées aux investissements principalement) et dépenses de fonctionnement (essentiellement la masse salariale) n'a pas de sens dans la mesure où il faut des travailleurs pour rendre productifs les investissements : il ne peut pas y avoir d'école sans enseignants ou d'hôpital sans soignants.

C'est en partie pour ces raisons que depuis le milieu du XX^{ème} siècle dans tous les pays, une partie des risques sociaux est couverte par une prise en charge individuelle et une partie relève d'une prise en charge collective. La répartition entre ces deux catégories de risques varie selon les périodes et selon les pays, mais tous les régimes reconnaissent la responsabilité collective, et pas seulement individuelle, dans l'accès à la santé, pour le droit à la retraite, et à l'assurance chômage, pour les accidents du travail, etc. La couverture concerne quelques-fois toute la population, quelques-fois certaines catégories sous des conditions d'âge, de ressources, de revenus, de taille de la famille, de durée de cotisation, de profession, etc.

Les ressources affectées à la couverture sociale varient selon les pays et selon les périodes. Traditionnellement, on distingue les modèles de type universels (Beveridgien) financés principalement par l'impôt, comme c'est le cas au Danemark, et les modèles assis sur les solidarités professionnelles (Bismarckien) financés principalement par des cotisations sociales, en France et Allemagne notamment. La plupart des pays combinent les deux modes de financements. Le tableau 4.3 fournit les données sur le niveau des prélèvements obligatoires en 2013 dans différents pays de l'OCDE.

Tableau 4.3. Total des recettes fiscales en % du PIB, 2013

OCDE 2015

	Impôts sur les revenus et bénéfiques	Cotisations sociales	Taxe sur les salaires	Impôts sur le patrimoine	Impôts sur les biens et services	Autres	Total
France	10,9	16,7	1,6	3,8	10,8	1,2	45
Allemagne	11,3	13,9	0	0,9	10,2	0,2	36,5
Danemark	29,8	0,1	0,3	1,8	15,4	0,2	47,6
Royaume-Uni	11,7	6,2	0	4	10,8	0,2	32,9
USA	12	6,1	0	2,9	4,4	0	25,4
OCDE	11,5	9,1	0,4	1,9	11	0,2	34,1

Lorsque la couverture sociale est limitée, la couverture des risques n'est assurée que pour les personnes solvables qui souhaitent être couvertes. Lorsqu'elle existe, la prise en charge des risques s'opère soit par des cotisations personnelles, soit par des formes de solidarités familiales, intergénérationnelles qui peuvent revêtir un caractère obligatoire (comme par exemple l'obligation alimentaire⁵⁴). Dans tous les cas, les prélèvements sociaux font l'objet de prestations sociales, donc de versements en espèces aux bénéficiaires (malades, retraités, chômeurs, etc.) et composent une partie de leur revenu disponible, auxquels il convient d'ajouter les prestations en nature (remboursement de soins, etc.).

Ainsi, le tableau 4.4. dévoile qu'en France, les prestations sociales en espèce représentent 477,3 milliards d'euros en 2015, pour 721 milliards de salaires nets, soit 38% des revenus salariaux et sociaux (1198,2 Mds). Les cotisations sociales ont ainsi un impact direct sur les revenus et sur la consommation, ce qui favorise la demande et contribue à la croissance économique.

⁵⁴ L'obligation alimentaire imposée par la loi française (article 205 du code civil) s'applique aussi bien aux parents vis-à-vis de leurs enfants que l'inverse. Cette obligation réciproque peut aussi s'étendre aux grands-parents, et même aux beaux-parents. En cas de retraite insuffisante, les enfants, petits-enfants et autres membres de la famille sont donc mis à contribution.

Tableau 4.4. Revenu disponible brut des ménages en milliards d'euros (2015)

Comptes nationaux - Base 2010, Insee

Salaires et traitements bruts	841,7
Cotisations sociales à la charge des salariés	120,8
Salaires et traitements nets	721,0
Prestations sociales autres que transfert sociaux en nature	477,3
Revenus salariaux et sociaux	1 198,2
Excédent brut d'exploitation et revenu mixte brut	291,8
Cotisations des non-salariés	30,7
Revenu disponible brut	1 352,0

En 2015, l'ensemble des dépenses publiques représentait 1 154 milliards d'euros, hors éléments imputés (voir tableau 4.5.), dont 130,7 de prestations sociales en nature (soit près de 11 % de la dépense publique). Au total les ménages reçoivent 608 milliards de prestations sociales en espèces ou en nature (477,3 + 130,7), prestations qui ont été financées par les cotisations sociales (part patronale et part salariale) et par l'impôt. Ces prestations représentent au total 84 % du montant des salaires et traitements nets (721 Mds) et 46% de l'ensemble des revenus (salariaux et prestations). Cependant des critiques demeurent et deux points restent à éclaircir :

1. La totalité des recettes n'est pas distribué car une partie est affectée aux frais de fonctionnement des caisses.
2. L'équilibre des comptes, entre recettes et dépenses, est une obsession, car si les déficits deviennent importants l'ensemble du dispositif pourraient en être affecté en raison des coûts financiers engendrés et de la menace d'insolvabilité.

Tableau 4.5. Dépenses et recettes des administrations publiques ⁵⁵

Comptes nationaux - Base 2010, Insee, mise à jour du 5 septembre 2016

Intitulés	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
DEPENSES							
Prestations et autres transferts	605,7	623,5	637,2	660,6	676,2	699,2	717,2
Prestations sociales autres que transferts sociaux en nature	371,4	382,9	394,3	408,3	420,5	429,3	436,7
Transferts sociaux en nature de produits marchands	112,2	115,8	118,5	121,7	124,6	127,9	130,7
Subventions	34,5	36,4	34,7	36,3	36,4	47,6	55,3
Total des dépenses	1 100,6	1 128,0	1 151,5	1 186,0	1 205,3	1 226,6	1 242,8
Dépenses hors éléments imputés	1 033,7	1 058,8	1 080,8	1 114,8	1 133,1	1 144,3	1 154,0

RECETTES							
Impôts et cotisations sociales	849,4	878,6	929,1	968,2	1 000,4	1 020,2	1 042,0
Total des recettes	961,7	992,2	1 046,6	1 085,6	1 119,9	1 141,8	1 166,3
dont (a) - Cotisations sociales imputées	36,7	38	39,6	41	41,9	42,5	42,7
dont (b) - Production pour emploi final propre	13,1	13,6	14,2	13,7	14,3	14,1	14,3
dont (c') - Crédits d'impôts enregistrés en recettes	18,6	17,4	14,9	14,6	13,7	21,2	26
Recettes hors éléments imputés (a, b et c')	893,3	923,2	977,9	1 016,3	1 050,0	1 064,0	1 083,2

⁵⁵ Le montant des prestations sociales est ici différent du tableau précédent qui présentait le revenu des ménages car une partie des prestations sociales reçues ne relèvent pas des « dépenses publiques » au sens de la comptabilité nationale.

La fonction redistributive du système de protection sociale est rarement contestée, les critiques récurrentes⁵⁶ se concentrent sur les coûts du dispositif, sur sa taille et sur son caractère trop général et donc sa distance avec les usagers. Ces critiques imposent une analyse fine de la situation et peuvent conduire à rechercher une solution plus performante économiquement. Lorsque l'on se reporte aux comptes de la sécurité sociale, les charges de gestion sont inférieures à 5%, depuis de nombreuses années, à l'exception de la branche famille qui gère des prestations très diversifiées.

Pour la protection maladie, la bonne gestion est assurément du côté du régime public (la CNAM) Les dispositifs d'assurances privées en France, ou aux Etats-Unis affichent des frais de gestion supérieurs à 15 % (Sauviat et Lizé, 2010) en raison de frais commerciaux (marketing, publicité, etc.) et de marges commerciales indispensables à toute entreprise privée. En France particulièrement, les frais de gestion des mutuelles représentent 17% des 17,4 milliards de cotisations qu'elles perçoivent de leurs adhérents et les frais prélevés par les assureurs sur les contrats bénéficiant de l'aide à la complémentaire santé (ACS) s'élèvent à 30 % de la prime que paient les assurés, en 2012, selon l'enquête de la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) dans son rapport annuel de juillet 2015. La branche maladie de la sécurité sociale affiche donc des frais de gestion allégés, en raison de son caractère obligatoire, de l'absence de dépenses commerciale et de gestion différenciée des risques (Tableau 4.6.). La baisse des prélèvements obligatoires, avec le transfert à des compagnies d'assurance d'une partie des risques couverts, conduirait donc à augmenter les frais de gestion et à réduire la partie redistribuée des cotisations, sans omettre qu'une partie de la population ne serait plus couverte ou moins couverte.

Tableau 4.6. Frais de gestion des principaux régimes en millions d'euros, année 2015

Rapport sur les comptes de la sécurité sociale (2016)

	Charges de gestion	Produits nets	%
Caisse nationale d'assurance maladie	6 740	190 000	3,5
Caisse nationale d'assurance vieillesse	1 315	120 149	1,1
Caisse nationale d'allocations familiales	2 901	52 774	5,5

⁵⁶ Depuis la création de la sécurité sociale, les mêmes critiques reviennent chaque année, comme nous l'avons montré dans la première partie, ces critiques sont enrichies par des illustrations souvent partiales et par des chiffrages partiels.

Sur la question de l'équilibre des comptes, les recettes et les dépenses de la protection sociale ne coïncident qu'exceptionnellement. Pour autant, la recherche de l'équilibre est une préoccupation permanente destinée à assurer la pérennité du dispositif. L'exercice est d'autant plus complexe que les dépenses font intervenir des acteurs privés qui font pression sur les prix (industrie pharmaceutique, médecins libéraux, laboratoires, etc.).

En 2015 la plupart des branches, à l'exception de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, étaient déficitaires. Le déficit total de la sécurité sociale s'établissait à 6,9 milliards d'euros, soit 1,8% des recettes, un taux relativement marginal (Tableau 4.7.).

Tableau 4.7. Recettes et dépenses des principaux régimes en millions d'euros, année 2015

Rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale - juin 2016

	Recettes	Dépenses	
Branche maladie	190 100	19 5913	-0,031
AT/MP	12 607	11 858	0,059
Vieillesse	120 149	120 463	-0,003
Famille	52 774	54 302	-0,029
Total	375 630	382 536	-0,018

Un tableau du même rapport aboutit à un déficit total de 6,4 milliards, en 2015 (voir le tableau 4.8. comparatif ci-dessous, sur la base des statistiques de 2013). Dans tous les décomptes établis, le déficit du régime général est très limité (moins de 2%) et en constante baisse depuis 2013. Ce déficit devrait diminuer de 1,6 Md€ en 2016 (p.134 du rapport), en raison d'une augmentation des recettes de 0,8% et d'une hausse très modérée des prestations sociales (+0,3%). Même si la recherche d'une baisse des coûts de gestion et de maîtrise de l'équilibre à long terme demeurent d'actualité et peuvent encore être améliorés, ce constat montre que ces risques sont actuellement maîtrisés.

Tableau 4.8. Solde des régimes de base de 2013 à 2015 (en Md€)

Rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale - juin 2016

	2013	2014	2015
Régime général	-12,5	-9,7	-6,8
CNAM	-6,8	-6,5	-5,8
CNAM-AT	0,6	0,7	0,7
CNAV	-3,1	-1,2	-0,3
CNAF	-3,2	-2,7	-1,5
Régimes des indépendants	-0,5	0,0	0,2
RSI	0,0	0,0	0,0
MSA - Exploitants agricoles	-0,7	-0,2	-0,3
CNAVPL	0,1	0,1	0,4
CNBF	0,0	0,1	0,1
Autres régimes de salariés	-0,1	0,3	0,2
MSA - Salariés agricoles	0,1	0,0	0,0
CANSSM (Mines)	-0,1	-0,1	-0,1
ENIM (Marins)	0,0	0,0	0,0
CNMSS (Militaires)	0,0	0,0	0,0
CRPCEN	0,0	0,0	0,0
CNRACL	-0,1	0,4	0,3
Autres régimes spéciaux *	0,1	0,0	0,0
Ensemble des régimes de base	-13,1	-9,3	-6,4

L'ensemble des données que nous venons de présenter permet de donner à voir d'une nouvelle manière ce qu'est la dépense publique. Si on écarte les transferts sociaux en nature et en espèce et que l'on se concentre sur la masse salariale servant à payer les fonctionnaires, on s'aperçoit qu'ils sont productifs. Ils créent de la richesse valorisée par de la monnaie et comptabilisée dans le PIB. Les règles de la comptabilité nationale, harmonisées au plan international, le reconnaissent. Les fonctionnaires quelle que soit leur activité contribuent au PIB à la hauteur de leur salaire. En 2010, la production des fonctionnaires s'établissait à 318 milliards d'euros, soit un tiers de la production des sociétés non financières (913 milliards, dont 5% provenait des entreprises publiques). Comme le souligne Christophe Ramaux (2012) :

« Un fonctionnaire est productif. Il crée, comme tous les travailleurs, la richesse monétaire qui couvre son salaire. L'impôt, à proprement parler, ne finance donc pas son activité mais sert à le payer, ce qui n'est pas la même chose. Nul ne dit à son boulanger « heureusement que je suis là pour financer ta boulangerie », chacun lui paye, et c'est bien normal, le croissant qu'il a produit. L'impôt, au

fond, joue la même fonction que le prix pour la production privée : il valide la production des services publics non marchands » (p. 307)

Ce qui est en jeu avec la dépense publique ce n'est pas une histoire mythique de ponction des productifs par des improductifs, mais une certaine façon de produire de la valeur. Lorsqu'une société considère que le service public peut mieux s'occuper de certaines activités que les autres secteurs de l'économie alors elle valorise ce nouveau service par les salaires des personnes chargées de faire fonctionner ce service public. Dans la mesure où le service public est gratuit et ne donne pas lieu à des transactions monétaires entre consommateurs et producteurs, seul le secteur marchand peut être le support de l'inscription monétaire de la valeur publique. Il n'y a donc pas de ponction sur le secteur privé mais seulement la reconnaissance de la valeur produite par le secteur public. Refuser l'impôt revient alors à refuser de payer le boulanger pour son pain, ce qui n'est possible que dans la mesure où l'on accepte simultanément de supprimer la contrepartie en termes de service public. A l'inverse, l'augmentation de l'impôt signifie qu'une société donnée considère nécessaire soit l'augmentation du périmètre de l'action publique face au privé (quelles qu'en soient les raisons) soit qu'il convient de mieux valoriser la production publique par rapport à la production privée à périmètre constant. Par exemple, augmenter les salaires des fonctionnaires au-dessus du niveau de l'inflation signifie que la valeur de leur production s'est relativement accrue par rapport à la valeur produite par le secteur marchand.

Encore une fois, notons que cette production particulière, monétaire et non marchande, est consommée directement (dans le cadre des services non marchands individualisables comme la santé, la culture et l'éducation) et indirectement (la police, la justice, etc.) par les ménages. Au total, le revenu disponible brut des ménages se composait en 2010 à 42% de revenu socialisé (23% de prestations sociales en espèce, 11% de prestations sociales en nature et 8% de services marchands non individualisables. En ajoutant la production non individualisable et les investissements, le revenu disponible des ménages était constitué en 2010 à 55% de revenu sociaux.

Le caractère général de la protection sociale permet également des coûts de structure très bas et un taux de redistribution supérieur à 95 %. Ce dispositif est donc un élément essentiel du revenu disponible des ménages, en particulier des plus modestes.

Ces dernières années, les fortes pressions des lobbies n'ont conduit qu'au transfert limité de dépenses publiques, vers des entreprises privées, en raison de l'attachement aux dispositifs qui ont fait, et qui font encore, l'objet d'un large consensus. Dans les prochains mois, les enjeux de la solidarité feront l'objet de débats, de confrontations et de conflits et on assistera à une évolution des politiques européennes et françaises fortement empruntées de valeurs idéologiques. Pourtant la réponse n'est pas écrite d'avance et des retournements sont concevables. Ainsi, face à la montée des inquiétudes, le renforcement de l'Europe sociale et fiscale vient d'être proposé par le président de la Commission, Jean-Claude Juncker, dans son discours sur l'état de l'Union du 14 septembre 2016, serait-ce le début d'une prise de conscience de la demande sociale, motivée par le Brexit ?

Chapitre 5. Réduire les inégalités pour une meilleure santé

Le chapitre précédent s'est efforcé de démontrer que la puissance publique est productive de valeur, et que la focalisation sur les seuls coûts afférents n'a pas de raison d'être si ce n'est un objectif idéologique. Les deux prochains chapitres ont pour objectif de définir plus précisément ce que produit la puissance publique. On peut inscrire ce questionnement dans un double contexte de crise.

D'une part, du fait de l'avènement du référentiel marchand de politiques publiques, l'Etat se cherche une nouvelle forme de légitimité en se présentant comme Etat-performant. Contre la vision bureaucratique traditionnelle, il s'agit par exemple de promouvoir un nouvel Etat qui serait moderne et efficace (Feracci et Wasmer, 2011), c'est-à-dire un Etat dont chaque euro dépensé serait finement évalué par un bilan coût-avantage rigoureux. Cette nouvelle conception de l'Etat, issue des théories du nouveau management public notamment, produit de nombreux effets pervers. Il peut être alors intéressant de trouver ailleurs une nouvelle forme de légitimité. D'autre part, au-delà même du problème de légitimité de l'action publique, c'est l'ensemble du modèle de développement des pays occidentaux qui souffre de la critique. Que ce soit pour des raisons, philosophique, sociales, politiques, écologiques et bien d'autres, notre mode de développement centré autour de l'impératif de croissance du PIB semble atteindre ses limites (Gadrey, 2010).

Ce double contexte de crise, associé à l'idée que la puissance publique produit de la valeur nous amène à faire l'hypothèse/proposition suivante : face au déficit de légitimité de l'action publique telle qu'elle est conçue depuis au moins un siècle, il faut valoriser l'une des productions les plus importantes de l'Etat social depuis les premières années de son existence : la santé. Notre perspective ici n'est pas celle d'un économiste de la santé cherchant à faire une plus grande place à sa problématique dans le débat public. Elle est celle d'un économiste qui s'interroge sur la hiérarchie des valeurs non seulement dans la théorie économique mais aussi dans la dynamique des sociétés. Sans aller jusqu'à promouvoir la décroissance, si l'on considère que le PIB n'est plus un indicateur suffisant pour décrire le niveau de bien-être de la société et le modifier, alors on peut proposer de substituer à cet indicateur en désaffection un indicateur composite de l'état de santé des populations.

Cet indicateur a comme le PIB le défaut de ne pouvoir prétendre épuiser la mesure du bien-être. Mais il présente d'autres avantages. Il peut combiner un critère subjectif de bien-être (la santé déclarée) avec un niveau de dépense (la dépense de santé). On ne prend alors pas uniquement en compte des productions évaluées monétairement pour tenir compte aussi des qualités. Surtout, la santé est l'un des ingrédients majeur du bien être individuel et collectif, la modalité propre du vivre bien selon l'expression du philosophe Paul Ricœur. Elle est considérée par les populations comme un résultat fondamental. Si elle n'a pas de prix, elle a de la valeur. Dès lors, la santé peut prétendre fournir une nouvelle boussole pour juger des politiques publiques. On peut alors juger de la dépense publique, de son remplacement par une dépense privée au regard de son effet sur la santé des populations concernées.

Ce changement de logiciel a des conséquences importantes sur l'évaluation de la dépense publique. Il ouvre sur une littérature très récente qui va à l'encontre de l'opinion commune sur la dépense publique. C'est l'objet des deux prochains chapitres en montrant que la dépense publique produit un meilleur état de santé pour tous, d'abord par l'intermédiaire des politiques de réduction des inégalités et ensuite, par l'intermédiaire des politiques de relance et d'investissement public dans la santé.

Dans ce chapitre nous nous intéressons à une partie de la littérature de santé publique en pleine expansion qui tend à démontrer que dans les sociétés les plus égalitaires l'état de santé de la population est meilleur que dans les sociétés les plus inégalitaires. Dans la mesure où la dépense publique fait la preuve de sa capacité à réduire les inégalités, on peut alors déduire que l'action publique dispose de potentialités pour améliorer l'état de santé de tous en luttant contre les inégalités (soit par une distribution plus égale, soit par une redistribution plus vigoureuse des richesses).

La première section de ce chapitre présente le contexte théorique et empirique ayant mené certains chercheurs à poser l'hypothèse d'une relation négative entre inégalité et état de santé (1.). La deuxième section propose un échantillon d'études empiriques venant prouver cette relation en prenant pour critères principaux l'état de santé mentale, l'espérance de vie et le niveau d'obésité (2.). Après avoir donné quelques éléments de cadrage statistiques, la dernière section (3) décrit brièvement comment les théories économiques justifient ou non les inégalités de revenu afin de trouver des convergences possibles entre économie et épidémiologie.

1. Des limites des indicateurs de richesse à l'hypothèse Wilkinson

Depuis au moins le début des années 1970 une quantité impressionnante de critiques du Produit intérieur brut (PIB) comme indicateur de richesse ont vu le jour. Plutôt que d'orienter toute la politique économique vers l'objectif de croissance du PIB, d'autres mesures du bien-être des sociétés peuvent être valorisées (1.1.). Ces nouvelles formes d'évaluation des sociétés peuvent s'appuyer sur différents critères comme l'état de santé. Partant de l'observation selon laquelle à partir d'un certain niveau de développement économique il n'y a pas de corrélation entre revenu et état de santé (1.2.), un nombre croissant de chercheurs a développé l'idée que ce sont les inégalités de revenu qui provoquent des problèmes de santé (1.3.).

1.1 Un contexte général de critique du PIB

Il y a quelques années le président de la République Française Nicolas Sarkozy annonçait dans un discours de campagne vouloir aller chercher la croissance « avec les dents ». Cette formulation illustre le rôle central dans nos sociétés du PIB comme indicateur de richesse. L'ensemble de la politique économique est tournée vers cet objectif qui serait paré de toutes les vertus (dont la réduction du chômage et la hausse concomitante du niveau de vie).

Cependant, depuis la naissance de la société industrielle, celle-là même qui place l'objectif de croissance économique en son cœur, se déploie avec force une pléthore de critiques du productivisme et du machinisme. Par exemple, dans son ouvrage de 1854, *Walden ou la Vie dans les bois*, Thoreau affiche en creux son opposition à l'industrialisation et à la transformation du monde qui en résulte. Dans un chapitre nommé « économie », il présente les seuls besoins fondamentaux pour vivre (nourriture, abri, vêtements, et combustible), le reste de la production de la société industrielle étant un obstacle à une vie authentique. Deux décennies plus tard paraît en 1880 *Le droit à la Paresse* de Lafargue (gendre de Marx) qui récuse l'objectif prolétarien de droit au travail. Le machinisme devrait conduire à la réduction du temps de travail afin de pouvoir vivre une vie paisible et agréable mais, la morale bourgeoise ayant contaminé la classe des prolétaires, l'ouvrier ne cesse de vouloir rivaliser avec la machine ce qui détruirait sa santé physique et mentale. Parallèlement à ces critiques, une autre forme de contestation concerne la rareté des ressources naturelles et notamment le

charbon⁵⁷ qui condamnerait la société à un retour en arrière – le pétrole n'étant utilisé au tournant du 20^{ème} siècle que comme source d'éclairage domestique.

La remise en cause de l'objectif de croissance économique comme moteur des sociétés humaines est ancienne mais c'est au début des années 1970 qu'elle commence à prendre toute son ampleur. Les crises pétrolières qui se succèdent produisent une prise de conscience collective de la dimension non renouvelable de certaines ressources naturelles. Le « rapport Meadows » *Halte à la croissance ?* en 1972 démontre dans cet esprit qu'au rythme où sont consommées les ressources naturelles, le monde se dirige vers la disette et l'épuisement du pétrole, du gaz et des autres énergies non renouvelables. Dans le même temps, le mode de production cause l'extinction de certaines espèces (dont certaines cruciales pour la vie humaine comme les abeilles), la stérilisation des sols et différentes sortes de pollutions (de l'air, de l'eau, etc.). Le rapport se conclut sur la nécessité de mettre un terme à la croissance pour que la vie humaine soit possible durablement. Les thèses développées dans ce rapport ont rencontré de nombreux obstacles dont le plus connu est la réaction du président Georges Bush au sommet pour la Terre de Rio en 1992 selon qui « Le mode de vie américain n'est pas négociable ».

Pour synthétiser l'ensemble des critiques opposées au concept de croissance on peut en distinguer deux types : les critiques environnementales et les critiques sociales. Dans le premier cas, l'impact sur la planète du mode de production dans un système guidé par l'objectif de croissance est supposé remettre en cause la possibilité même de l'existence humaine. Les thèmes sont nombreux : le réchauffement climatique, l'épuisement des ressources naturelles, la perte de biodiversité, la dégradation des sols, etc. Sur la question de l'épuisement des ressources par exemple, le concept d'empreinte écologique permet de donner un indicateur des ressources naturelles nécessaires pour généraliser à la planète entière un certain mode de vie. Ainsi, en 2006, d'après le Global Footprint Network, pour généraliser le mode de vie français il faudrait disposer d'environ 2,5 planètes et 5 planètes pour généraliser le mode de vie « non négociable » des américains.

Le second ordre de critique porte sur les effets sociaux de la croissance. Ici, c'est la société de consommation et le rapport au travail qui font l'objet de la controverse. Dans *La société de*

⁵⁷ Cette situation fut à l'origine de discussions sérieuses en Angleterre où la puissance industrielle et militaire dépendait d'un charbon bon marché. Stanley Jevons fut l'un des acteurs majeurs de ce débat avec son ouvrage paru en 1865, *Sur la question du charbon*.

consommation, Jean Baudrillard (1970) dénonce la mutation des relations sociales liée à l'omniprésence de l'impératif de consommation. Plutôt que de satisfaire à des besoins, la consommation se pervertirait en devenant le moyen de se différencier ou de se conformer dans le cadre de rapports sociaux distendus. Dénonçant le caractère aliénant du rapport au travail dans la société industrielle, Ivan Illich (1973) propose d'organiser la production autour d'outils conviviaux qui respectent l'autonomie des individus en ne les rendant pas esclaves de la machine.

C'est dans cette perspective que se multiplient les initiatives telles que le manifeste convivialiste (Caillé, 2011) ou les appels à la société du bien vivre et du socialisme gourmand (Ariès, 2012). Il faudrait « décoloniser l'imaginaire » productiviste (Latouche, 2003) et dire enfin *Adieu à la croissance !* (Gadrey, 2010) pour ne pas que « chaque fois que nous produisons une voiture, nous le fais[i]ons au prix d'une baisse du nombre de vies humaines à venir » (Georgescu-Roegen, 1979).

1.2 Le PIB et la santé : la santé n'a pas de prix

Face à l'accumulation des critiques portées sur le PIB de multiples indicateurs alternatifs ont été créés afin de mesurer le bien-être de sociétés (voir Jany-Catrice et Gadrey, 2009, pour une évaluation). En plus de l'empreinte écologique dont il a déjà été fait mention, on peut citer les indicateurs mis au point par le Programme des nations unies pour le développement. Le plus connu d'entre eux est probablement l'indicateur de développement humain qui mesure simultanément le bien être à travers le PIB par habitant, l'espérance de vie et le niveau d'instruction des pays. Toujours à l'initiative du PNUD, l'indicateur sexospécifique de développement humain permet d'évaluer les différences de traitement entre les hommes et les femmes à partir des mêmes critères que l'indicateur de développement humain. L'objectif de ces nouveaux indicateurs est de prendre en compte des critères d'évaluation d'une société ayant une grande importance pour la vie des citoyens : le niveau d'éducation, l'espérance de vie, la sécurité, la richesse économique, la durabilité environnementale, etc.

Dans cet ordre d'idée les travaux sur les liens entre richesse économique et état de santé permettent d'éclairer d'une façon particulière la question des indicateurs de richesse. La santé apparaît comme un élément essentiel du bien-être des individus. Or, le lien entre la richesse et l'état de santé a tout du paradoxe. En effet, alors que l'on pourrait s'attendre à une relation croissante et linéaire entre richesse et état de santé, les données statistiques montrent qu'à partir d'un certain niveau de développement économique l'augmentation de la richesse n'a

pas d'impact sur l'état de santé. Le tableau 5.1. illustre ce rapport paradoxal en étudiant la relation entre le revenu national par habitant et l'espérance de vie. Alors que dans les pays les plus pauvres l'augmentation du revenu par habitant accroît sensiblement l'espérance de vie, plus les pays s'enrichissent, plus l'effet de cet enrichissement sur l'espérance de vie s'amenuise jusqu'à devenir presque nul. Le moment où l'accumulation de richesse cesse d'avoir un impact sur l'augmentation de l'espérance de vie se nomme la transition épidémiologique. Elle se caractérise par la réduction drastique des effets de la privation sur l'état de santé – consécutivement à l'augmentation du niveau de vie. Une fois passé ce stade, les maladies infectieuses laissent place à de nouvelles maladies caractéristiques des sociétés d'abondance : maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral, cancer du poumon, obésité, etc. Ces maladies ont d'abord été celle des riches et sont aujourd'hui celle des pauvres (notamment pour l'obésité, cf. *infra*). A partir d'un certain niveau de développement (accès à l'eau, à la nourriture, aux médicaments, logement, etc.) le niveau de revenu n'a plus d'impact significatif sur l'espérance de vie. De la même façon le tableau 5.2. montre que la relation entre le bonheur perçu et le revenu national par habitant n'est pas linéaire. A partir d'un certain niveau de richesse, l'accroissement du revenu ne contribue pas à l'accroissement du bonheur.

Tableau 5.1. Le lien entre revenu par habitant et espérance de vie

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 37)

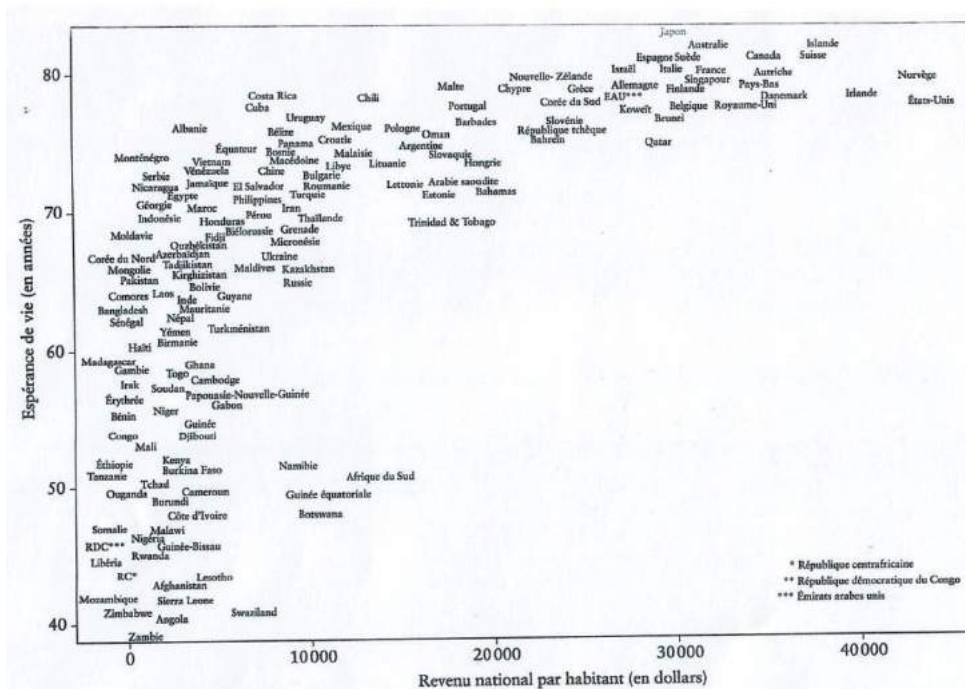
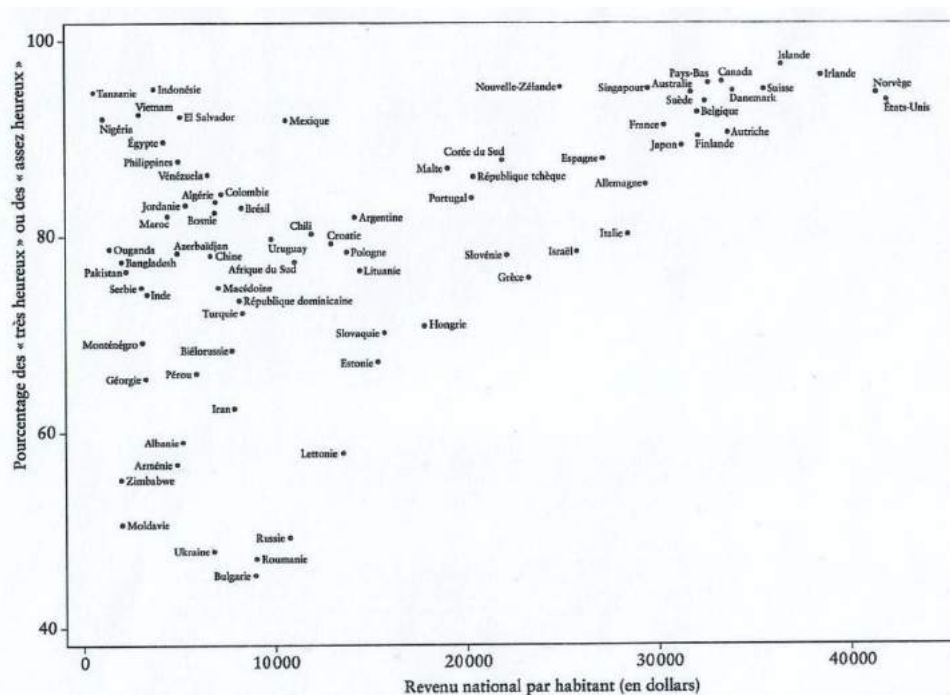


Tableau 5.2. Le Lien entre revenu par habitant et bonheur

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 39)



Ces premières indications confirment l'incapacité des indicateurs économiques comme le PIB à donner une information sur le bien-être des sociétés. Si l'on sait qu'à partir d'un certain niveau de développement un accroissement du PIB n'apportera aucun gain en termes d'espérance de vie ou de bonheur, faut-il conserver l'objectif de croissance comme guide des politiques économiques ? Une deuxième question centrale ressort des faits empiriques : si ce n'est pas le niveau de revenu qui explique l'état de santé de la population, quel est ce facteur explicatif ? Comment explique-t-on que dans des pays à niveau de richesse comparable les écarts d'espérance de vie et de bonheur perçu soient si importants ?

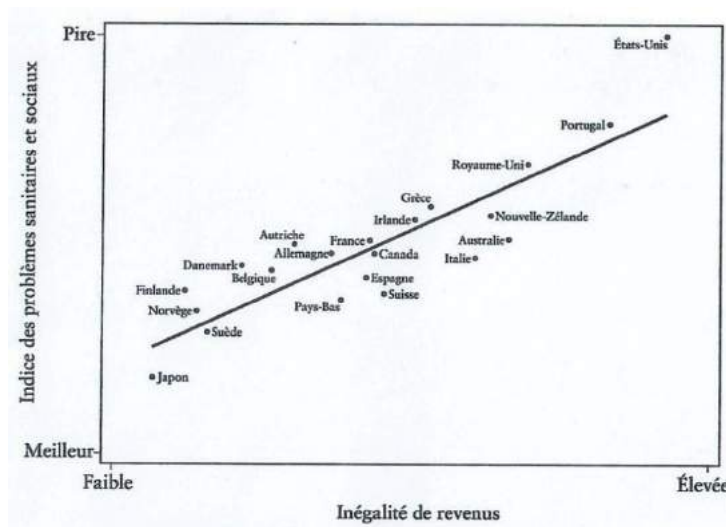
1.3 L'hypothèse du lien entre inégalité et santé

Depuis une trentaine d'années, de nombreux travaux d'épidémiologie explorent l'hypothèse d'un lien entre inégalités sociales et état de santé. Plus que le niveau de revenu d'un pays (ou à l'intérieur d'un pays), ce serait le niveau des inégalités qui expliquerait les performances en terme d'état de santé. Ces travaux sont l'œuvre de plusieurs dizaines de chercheurs mais Richard Wilkinson est incontestablement une figure centrale de ce courant de pensée (voir pour une synthèse Wilkinson, 2010, Wilkinson et Pickett, 2013). Pour mener à bien sa démonstration l'auteur a construit un indicateur des problèmes sanitaires et sociaux dont il pense qu'il est corrélé aux inégalités de revenus. Cet indicateur prend en compte les

problèmes suivants : niveau de confiance, maladies mentale (y compris les addictions), espérance de vie et mortalité infantile, obésité, réussite scolaire, maternité précoce, homicides, taux d’incarcération et mobilité sociale⁵⁸. Comme l’illustre le tableau 5.3., l’indice des problèmes sociaux et sanitaires a d’autant plus de chance d’être élevé que la structure économique des pays est inégalitaire.

Tableau 5.3. Le Lien l’indicateur de problèmes sociaux et inégalités (international)

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 52)

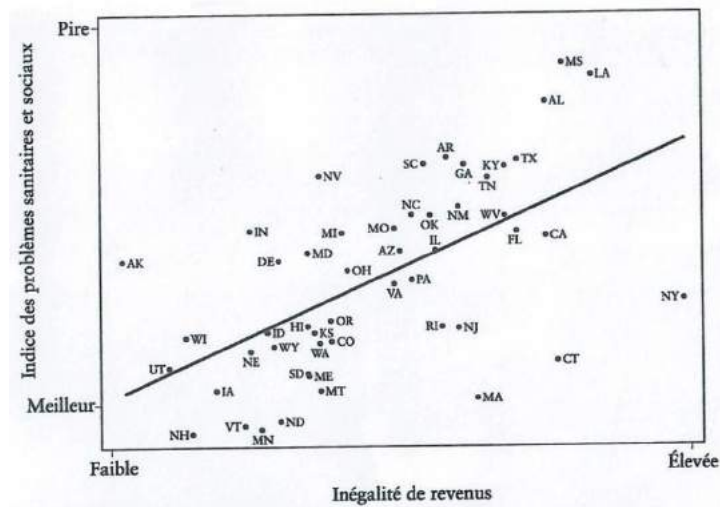


Par ailleurs, à l’intérieur même des pays, le niveau des inégalités est corrélé avec l’indicateur des problèmes sanitaires et sociaux. C’est ce que montre l’étude du cas américain où l’analyse précédente est reproduite Etat par Etat (Tableau 5.4.). Alors que les Etats-Unis font partie des pays où le revenu par habitant est le plus élevé du monde, il semble que la prégnance des inégalités aux Etats-Unis et à l’intérieur de chaque Etat puisse expliquer la médiocrité des performances sanitaires et sociales. Ainsi, bien que l’Utah (UT) présente un des revenus par habitant le plus faible parmi les Etats américain, l’indice des problèmes sanitaires est sociaux est bien meilleur que celui de la Louisiane (LA) pourtant beaucoup plus riche mais aussi beaucoup plus inégalitaire.

⁵⁸ Le détail de la construction de ces indices est à trouver dans Wilkinson et Pickett (2013) pp. 447-459.

Tableau 5.4. Le Lien l'indicateur de problèmes sociaux et inégalités (Etats US)

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 54)



Selon Wilkinson et Pickett (2013), les raisons pour lesquelles les inégalités provoquent des écarts de santé tiennent à des mécanismes sociaux et psychologiques. Pour étayer cette hypothèse les auteurs soulignent un paradoxe important révélé par les enquêtes sur la santé mentale des individus (p. 73-75). D'une part, depuis le milieu des années 1950 le niveau d'anxiété et de dépression déclarés dans toutes les catégories de la population ne cesse de s'élever. D'autre part, dans le même temps des enquêtes similaires montrent l'élévation de niveau d'estime de soi dans la population. Comment comprendre que la croissance de l'anxiété et de la dépression coïncide avec la croissance de l'estime de soi ? Ces facteurs psychologiques ne semblent-t-ils pas première vue contradictoire ?

Cet apparent paradoxe s'expliquerait par le fait que la montée de l'anxiété déclenche une stratégie défensive chez les individus consistant à faire la promotion de soi. Mais, les recherches sur le sujet ont montré qu'il existe deux formes d'estime de soi, l'une positive et l'autre négative. L'estime de soi positive serait associée à un état de bonheur, de confiance ou encore à la capacité de se faire des amis. A l'inverse, l'estime de soi négative serait corrélée avec des tendances à la violence, au racisme et à l'indifférence envers autrui. Dès lors, la hausse de l'estime de soi concomitante à la montée de l'anxiété doit être réexaminée : selon les auteurs, il s'agit probablement d'une estime de soi négative répondant à la « menace d'évaluation sociale » (p. 77). Des recherches sur la question ont montré que le cortisol, hormone liée au stress et libérée par le cerveau pour prévenir des dangers imminents, était produite abondamment lors de situation où les sujets se sentent évalués (Dickerson et Kemeny, 2004). Plus largement, un faible statut social et l'absence d'amis provoquent un sentiment

d'insécurité qui contribue au développement du stress et de réactions potentiellement violentes pendant les interactions sociales.

D'après Wilkinson, la clef pour comprendre l'effet de l'inégalité sur l'état de santé est là. Parce que les êtres humains sont des êtres sociaux, ils ne veulent pas perdre la face. Or, dans des sociétés plus inégalitaires, le statut social est plus précaire et les relations amicales sont plus difficiles à s'instaurer ce qui provoque en retour des stratégies de défense des individus ayant des effets néfastes pour eux et pour les autres. Le stress et l'angoisse générés par la structure sociale seraient donc à l'origine des problèmes en termes de problèmes sociaux et sanitaires (tels qu'ils ont été définis plus haut). Dans une société inégalitaire, chacun s'inquiète de la place qu'il occupe dans la société et voit l'autre comme un concurrent plutôt que comme un égal. Les notions d'infériorité et de supériorité structurent l'espace social au détriment de la santé des personnes et de la société elle-même.

Pour illustrer leur propos Wilkinson et Pickett s'appuient sur une étude proposant de comparer le processus d'évaluation de soi au Japon et aux Etats-Unis (Kitayama et al., 1997), soit le pays le plus égalitaire et le pays le moins égalitaire parmi les pays les plus développés. Alors qu'au Japon les individus se présentent de façon autocritique en insistant essentiellement sur leurs défauts, aux Etats-Unis la présentation de soi est particulièrement auto-valorisante. Si au Japon les individus présentent leur réussite comme le produit de la chance et leurs échecs comme le fruit de leur incompetence, c'est exactement l'inverse aux Etats-Unis où les personnes interrogées s'attribuent les mérites et cherchent à se disculper en cas d'échec. Plutôt que de considérer ces résultats comme le produit d'un trait culturel propre aux uns et aux autres, les auteurs posent l'hypothèse que la forme de la présentation de soi dépend de l'ampleur des inégalités. Dans les sociétés inégalitaires comme aux Etats-Unis le maintien du statut social est capital car toute mauvaise évaluation sociale peut conduire au déclassement.

En résumé, lorsque l'augmentation du revenu ne parvient plus à améliorer l'état de santé et les relations sociales au sein d'une population, le facteur déterminant devient le niveau des inégalités. Parce que les sociétés inégalitaires sont des sociétés précaires, elles contribuent à la création d'un climat de concurrence généralisé ayant des répercussions dramatiques pour les individus. La section suivante présente un échantillon de travaux permettant d'étayer cette thèse.

2. Quand les inégalités expliquent l'état de santé

L'ambition de cette section est de fournir quelques éléments de preuve venant étayer l'hypothèse d'un lien positif entre égalité et état de santé. Cette section n'a donc pas prétention à faire une revue exhaustive de la littérature. Les trois premiers points examinent l'impact des inégalités sur la santé mentale (2.1.), sur l'espérance de vie (2.2.) et sur l'obésité (2.3.). Le dernier point montre qu'au-delà de la santé, l'inégalité détériore d'autres dimensions de la vie de la population (2.4.).

2.1 L'impact des inégalités sur la santé mentale

Les études portant sur l'état de santé mentale de la population attestent l'idée d'une situation préoccupante dans de nombreux pays développés. La dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles alimentaires et autres maladies mentales semble aujourd'hui relativement communes. Ce diagnostic est généralisable à toutes les catégories de la population. Aux Etats-Unis, certaines études chez les enfants âgés entre 3 et 17 ans ont montré que 6% d'entre eux souffraient de troubles de l'attention avec hyperactivité, ce qui accroît l'impulsivité, l'agitation et l'agressivité des enfants (Perrin et al. 2007). Jusqu'à 10% d'entre eux éprouvent de lourdes difficultés à partager leurs émotions et à s'entendre avec les autres enfants. Chez les adultes, une enquête menée par Kessler et al. (2005) estime que 26.2% de la population américaine a été confrontée lors des 12 derniers mois à une maladie mentale répertoriée dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (manuel contesté⁵⁹ listant l'ensemble des troubles mentaux). 18.1% de la population étudiée a été touchée par l'anxiété au cours des 12 derniers mois, 9.5% par des troubles de l'humeur et 8.9% par des difficultés à contrôler ses impulsions. Parmi l'ensemble de ces cas, 22.3% sont considérés comme sérieux et 37.3% comme modérés. En France, une enquête a montré que 11% des personnes interrogées ont déclaré un épisode dépressif dans les deux semaines précédant l'enquête (Bellamy et al. 2005). 13% des personnes interrogées ont déclaré avoir souffert d'anxiété généralisée et 2% des enquêtés présentent un risque suicidaire élevé.

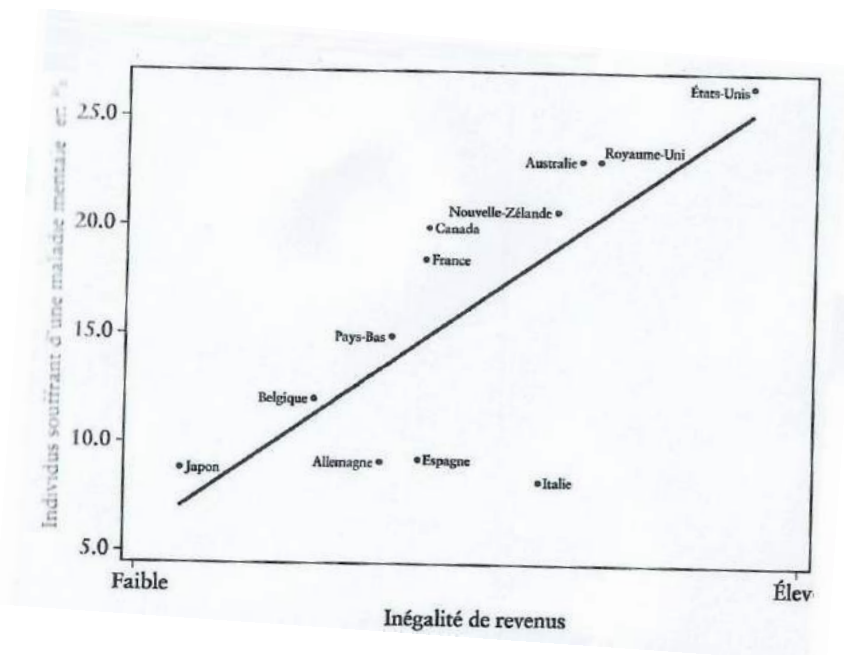
Les éléments de preuve empirique établissant un médiocre état de santé mentale dans des pays pourtant réputés riches entrent en contradiction avec l'idée profane selon laquelle l'accumulation de richesse permet de guérir les souffrances matérielles et immatérielles. A

⁵⁹ Voir par exemple Bercherie (2010).

partir de données fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Wilkinson et Pickett (2013) proposent de vérifier l'hypothèse selon laquelle la prévalence de la santé mentale est liée au niveau des inégalités. Dans cette optique, l'Enquête mondiale pour la santé mentale produite par l'OMS donne de nombreuses estimations sur la santé mentale de la population à travers le monde : types de maladie (anxiété, troubles de l'humeur, contrôle des impulsions et autres maladies mentales graves), prévalence, gravité et type de traitement associé. Le tableau 5.5. montre une forte corrélation entre le niveau d'inégalité des revenus dans 12 pays développés (Belgique, France, Allemagne, Italie, Japon, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Espagne, Etats-Unis, Australie, Canada et Royaume-Uni) et le pourcentage de la population ayant souffert d'une maladie mentale au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Aux deux extrémités du tableau se trouve le Japon et les Etats-Unis. Alors qu'au Japon la faiblesse des inégalités de revenus est associée à la faiblesse de la prévalence des maladies mentales, aux Etats-Unis la situation est rigoureusement inversée : les écarts de richesse important côtoient une souffrance mentale extrême. Dans le premier cas moins de 10% de la population a été confrontée à une maladie mentale, lors des 12 derniers mois, alors contre plus de 25% dans le second cas.

Tableau 5.5. Le Lien la prévalence des maladies mentales et inégalités

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 117)



D'après les auteurs, la relation entre inégalité et souffrance mentale permet de confirmer l'impact des inégalités sur le niveau de stress et d'anxiété tel qu'il a été décrit plus haut. La

forte structure hiérarchique des sociétés inégalitaires ainsi que la précarité des positions sociales afférentes pourraient engendrer des désordres psychologiques importants. Avec l'augmentation des inégalités les individus occupant le haut de la pyramide sociale dépensent une part toujours croissante de leur richesse pour chercher à se distinguer. Ce comportement se diffusant sur l'ensemble de l'échelle sociale, la lutte symbolique du tous contre tous se raffermirait. A l'inverse, dans les sociétés plus égalitaires l'impératif de distinction serait beaucoup plus modéré ce qui aurait pour effet de réduire les tensions sociales. En conséquence les statistiques sur la santé mentale seraient accrues par une organisation sociale fondée sur la concurrence plutôt que sur la coopération.

Le raisonnement précédent n'est pas sans rappeler les développements déjà anciens en sciences économiques de Thorstein Veblen sur la consommation ostentatoire. Dans *Théorie de la classe de loisir*, publié en 1899, Veblen observe que, de façon très étonnante, lorsque le prix de certains biens spécifiques augmente leur demande croît également – ce qui est en opposition avec les enseignements de la théorie économique classique (et néoclassique). Dans le langage de la théorie néoclassique, l'élasticité prix du bien est positive. Cette situation ne peut s'expliquer par les concepts traditionnels de la théorie économique comme l'utilité, le marché, les prix, etc. En effet, si l'élasticité prix est positive alors la fonction de demande du bien est croissante de son prix (comme la fonction d'offre) et il n'y a plus d'équilibre marchand possible. L'originalité de l'analyse de Veblen est de montrer que la consommation est non seulement un moyen de satisfaire des besoins ou d'accroître son utilité personnelle mais aussi un moyen d'afficher son rang social. Ainsi, de tels biens sont des biens de luxe parce qu'ils permettent de se distinguer. Le prix du bien et la capacité qu'on les individus à se l'approprier est un indicateur de la valeur sociale des individus. La consommation des biens de luxe possède un caractère ostentatoire dans la mesure où elle a pour but d'afficher ostensiblement un rang social inaccessible pour les rangs inférieurs. Parce qu'elle peut se permettre de gaspiller ses revenus, la classe de loisir se démarque en tant qu'élite sociale et devient l'étalon des valeurs de l'ensemble de l'échelle sociale⁶⁰.

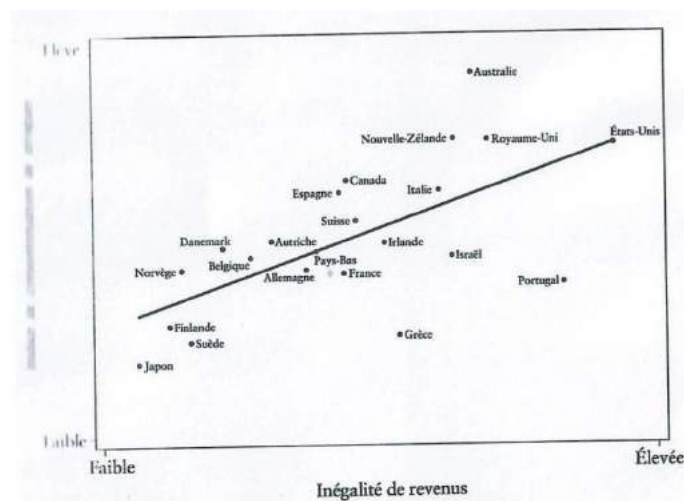
Parallèlement au médiocre état de santé mentale dans les pays les plus inégalitaires, Wilkinson et Pickett montrent que la consommation de drogue (cocaïne, marijuana, héroïne,

⁶⁰ Cette analyse de la consommation a conduit à de très nombreux travaux jusqu'à aujourd'hui et il faut rappeler dans le même ordre d'idée l'importance sur cette question du livre de Pierre Bourdieu (1979) *La distinction. Critique sociale du jugement* qui opère une classification des modalités du jugement sur les modes de vie en fonction de la hiérarchie sociale des individus.

cannabis, ecstasy et amphétamines) est également corrélée au niveau d'inégalités des pays. A partir des données fournies par le *Rapport mondial sur les drogues* (2007) de l'Office des nations unies contre la drogue et le crime, les auteurs ont produit un indice synthétique de consommation de drogue. Or, comme l'illustre le tableau 5.6., cet indice est d'autant plus élevé que le niveau des inégalités est important. Selon les auteurs, le poids important de la lutte pour sa place sociale conduirait une partie des individus d'une société – des plus pauvres aux plus riches – à consommer de la drogue.

Tableau 5.6. Le lien entre consommation de drogue et inégalités

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 123)



2.2 L'impact des inégalités sur l'espérance de vie

Les travaux de santé publique sur l'espérance de vie ont défini depuis longtemps le phénomène de transition épidémiologique comme un moment spécial de la vie des sociétés humaines où la mortalité chute considérablement et où les causes de celle-ci se modifient radicalement (Robine, 2001). L'amélioration des services de santé et, principalement, l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation permettent aux populations de ne plus souffrir massivement des maladies infectieuses les causes de la mortalité évoluant vers les maladies chroniques et dégénératives ainsi que les accidents. Selon Abdel Orman (1971) on peut distinguer trois phases de la transition épidémiologique : l'âge de la peste et de la famine, avec une espérance de vie de l'ordre de 30 ans ; l'âge du recul des pandémies, durant lequel le recul des maladies infectieuses accroît l'espérance de vie à 60 ans ; l'âge des maladies

dégénératives et des maladies fabriquées par les hommes, où l'espérance de vie tend vers un plafond indépassable.

Ainsi, jusqu'à la transition épidémiologique, l'augmentation de l'espérance de vie dépend de l'amélioration des conditions de vie matérielles : égouts, collecte des déchets, bains publics, logement, conditions de travail, hygiène alimentaire, etc. D'après les travaux de Richard Wilkinson, au-delà de ce seuil, l'espérance de vie dépend du niveau des inégalités dans les sociétés et il n'y a plus de relation entre richesse et espérance de vie (Wilkinson, 1992, 1999). En étudiant 25 pays du monde parmi les plus riches, il n'est pas possible de montrer l'existence d'une relation significative entre PIB et espérance de vie (cf. tableau 5.1.). A l'intérieur de chaque pays, indépendamment de sa situation par rapport aux autres pays, on observe ce que l'on appelle un gradient social de l'espérance de vie : les personnes en bas de la hiérarchie sociale sont en moins bonne santé celles qui sont en haut. Un paradoxe étonnant doit alors être mentionné : le lien entre état de santé et richesse est non significatif entre pays riche mais il est très significatif à l'intérieur de ces pays. Ceci plaide pour une interprétation en termes de revenu relatif. Dans cette perspective, ce qui compte ce n'est pas tant le niveau de richesse absolue mais le niveau de richesse relatif. Le revenu n'a pas de qualité intrinsèque, il vaut en tant que marqueur de la position sociale dans les sociétés. Cette interprétation coïncide avec les conclusions dominantes des travaux sur la mesure de la pauvreté (Fleurbay et al., 1998). En France et en Europe la mesure de la pauvreté est un indicateur relatif et non absolu (un certain pourcentage du revenu médian). Les critiques arguant du fait que presque tous les ménages sont équipés de téléviseur, de téléphone portable ou de voiture pour nier l'existence de la pauvreté perdent ainsi tout leur sens. La pauvreté est un phénomène social avant d'être économique.

Dans un article de 1997, Richard Wilkinson propose une analyse originale la situation américaine (Wilkinson 1997). En 1996, alors que les hommes noirs américains avaient un revenu moyen de 26 522 dollars pour 66.1 ans d'espérance de vie, les hommes originaires du Costa Rica avaient un revenu moyen de 26 410 dollars pour 75 ans d'espérance de vie. L'auteur attribue ce fait stylisé à certains effets psychosociaux comme la moins bonne éducation et l'existence d'un racisme plus marqué pour certaines catégories de la population. Il relève par ailleurs le paradoxe selon lequel la santé des personnes hispaniques pauvres résidant aux Etats-Unis est meilleure que celle des autres pauvres du pays. Selon lui, cet écart provient du fait que ces catégories de la population ne parlent pas la langue locale et vivent encore avec les habitudes bien plus égalitaires des pays d'origine. Ces développements

rappellent la situation de la ville de Roseto en Pennsylvanie où l'espérance de vie de la population était plus élevée que partout ailleurs dans le pays tant que les immigrants italiens qui formaient la ville ne parlaient qu'italien (Hyypä et Mäki, 2001). Les mœurs traditionnelles plus égalitaires de la communauté protégeaient alors la vie de ses citoyens.

Dans une étude du début des années 2000 sur les écarts d'espérance de vie entre classes sociales au Royaume-Uni (Donkin et al. 2002), les auteurs montrent que les écarts d'espérance de vie à la naissance entre catégories socioprofessionnelles ont tendance à s'élever à certaines périodes, probablement en raison d'effets de l'inégalité sociale croissante (tableau 5.7.).

Tableau 5.7. Evolution des écarts d'espérance de vie à la naissance entre catégories socioprofessionnelles en Angleterre et au Pays de Galles

Comparaison entre CSP I (professions libérale et hautement qualifiées) et CSP V (activités manuelles non qualifiées)

	Hommes	Femmes
1972-1976	5.5 ans	5.3 ans
1992-1996	9.5 ans	6.4 ans
1997-1999	7.4 ans	5.7 ans

Le cas des Etats-Unis est l'un des plus intéressants, ce pays étant en même temps le plus riche du monde, le plus dépensier pour sa santé et l'un des moins bons en termes d'espérance de vie. La nation la plus inégalitaire des pays développés est aussi celle où l'espérance de vie est la moins élevée. A l'intérieur même des Etats-Unis, il est possible de montrer que ce sont les Etats les moins inégalitaires qui ont les meilleurs résultats en termes d'espérance de vie et non les Etats les plus riches (Ross et al. 2000, Lynch et al. 1998). Ces résultats se retrouvent au niveau international (Ross et al, 2005) même si on substitue à l'indicateur d'espérance de vie celui de la mortalité infantile (Hales et al. 1999).

Le lien entre égalité et espérance de vie trouve un renfort original lorsque l'on étudie la transition économique des pays de l'ex-URSS (Wilkinson, 2010). Jusqu'aux années 1960 l'espérance de vie y était plus grande qu'en Europe ou aux Etats-Unis probablement à cause du faible niveau des inégalités et du prestige associé au travail manuel. A partir de 1970,

l'espérance de vie de ces pays à cesser de croître tandis qu'elle continuait de croître dans les pays de l'ouest. En 1980, l'écart avait disparu. Cette évolution peut être rattachée à l'évolution des modes de rémunération dont l'introduction de gratifications individuelles avait contribué au délitement social. A partir de 1989, avec l'entrée progressive dans l'économie de marché, on observe pour tous les pays d'URSS une augmentation du coefficient de Gini, c'est-à-dire un accroissement des inégalités, et une diminution de l'espérance de vie (Marmot et Bobak, 2000, Vogli et al., 2005).

Au total, le lien entre espérance de vie et niveau des inégalités de revenu paraît solide et semble justifier la mise en place de politiques actives de réduction des inégalités.

2.3 L'impact des inégalités sur l'obésité

Au sein des maladies liées au mode de vie, le cas de l'obésité est particulièrement intéressant parce qu'il combine un phénomène social et politique (maladie de civilisation), un mécanisme social de moralisation (norme du corps svelte et handicap d'apparence) et la tentation d'attribuer la responsabilité de la maladie aux malades.

Selon plusieurs rapports de l'Organisation mondiale de la santé, l'augmentation fulgurante du nombre de personnes en situation d'obésité devient inquiétante. L'obésité est mesurée par l'Indicateur de masse corporelle, qui tient compte de la taille des individus⁶¹. Rappelons qu'en fonction de cet indicateur, on peut déclarer un individu en insuffisance pondérale ($IMC < 18.5$), en poids normal ($18.5 < IMC < 24.9$), en surcharge pondérale ($25 < IMC < 29.9$) ou en situation d'obésité ($IMC > 30$). Les statistiques mondiales montrent que le nombre de cas d'obésité a doublé depuis 1980. En 2014, on comptait 1.9 milliards d'adultes en surpoids dont 600 millions d'obèses. Pour donner un élément de comparaison, en 2015 la population de l'Union Européenne était de près de 510 millions de personnes (mineurs compris). En pourcentage, cela représente 39% des adultes de la planète en surpoids ou 13% d'obèses. Concernant les enfants, 41 millions d'individus de moins de 5 ans étaient diagnostiqués en situation de surpoids ou d'obésité en 2014. De façon préoccupante, l'obésité est devenue une cause de mortalité plus importante que l'insuffisance pondérale.

La France n'échappe pas à cette tendance (de Saint Pol, 2007). Chez les hommes de tous les âges, l'IMC a cru violemment entre 1992 et 2003. Chez les femmes l'augmentation est plus ancienne pour les de moins de 35 ans et les plus de 50 ans qui ont vu leur IMC croître depuis

⁶¹ Pour une personne donnée, l'IMC est égal à son poids (en kilogramme) divisé par le carré sa taille (en mètres).

1981. Cette évolution est confirmée par le tableau 5.8. qui fournit les données concernant les situations de sous-poids, de surpoids et d'obésité chez les hommes et les femmes en 1981, 1992 et 2003. On observe notamment que la prévalence de l'obésité a presque doublé entre 1981 et 2003 passant chez les hommes de 5.3% à 9.8% et de 5.3% à 10.2% chez les femmes. Chez les femmes alors que le sous-poids était supérieur à l'obésité en début de période, c'est désormais l'inverse. La généralisation du phénomène exclut nécessairement les explications génétiques et oriente le raisonnement vers les facteurs sociaux.

Tableau 5.8. Prévalence des problèmes de poids selon le sexe (en %)
de Saint Pol (2007).

	1981	1992	2003
Hommes			
Sous-poids	1.9	1.7	1.8
Surpoids	30.0	30.9	34.8
Obésité	5.3	5.5	9.8
Femmes			
Sous-poids	8.5	7.8	6.7
Surpoids	16.3	17.9	5.3
Obésité	5.3	6.2	10.2

L'obésité est un véritable problème sanitaire dans la mesure où elle accroît la prévalence de nombreux problèmes de santé : hypertension, diabète type II, apnée du sommeil, maladies cardiovasculaires, affections vésicule biliaires, certains cancers. On pourrait adjoindre à cette liste de problème d'ordre physique des problèmes d'ordre social et psychologique (dépression, mésestime de soi, isolement, discrimination, etc.)⁶².

Comme nous l'avons souligné il y a quelques lignes, l'environnement social est le facteur de risque le plus souvent mobilisé lorsque l'on étudie la question de l'obésité. De nombreuses évolutions, au cours du 20^{ème} siècle y ont contribué comme le manque d'activité sportive, la

⁶² L'obésité devient une maladie chronique quand des anomalies du tissu graisseux se développent et deviennent de plus en plus résistantes au traitement. Le nouveau poids (celui de l'obésité) est défendu par des forces biologiques s'opposant au retour du poids initial. Cette authentique maladie du système de régulation de la réserve énergétique (masse adipeuse) est accentuée par les besoins croissants d'énergie du sujet obèse. Cette inflammation de la masse grasse est considérée comme pathologique car elle résulte d'une incapacité du système qui règle les réserves énergétiques à faire face à une pression biologique, comportementale ou environnementale.

baisse du cout de l'alimentation, la publicité, la disparition des compétences culinaires. L'environnement est devenu propice à l'obésité. Par exemple, certains auteurs ont pu récemment démontrer la relation entre la proximité de fast-foods des écoles californiennes et la prévalence de l'obésité chez les élèves du secondaire (Davis et al. 2009). L'étude montre également que ces élèves consomment moins de fruits et légumes et plus de sodas que ceux qui sont relativement plus loin des fast-foods.

Si les explications liées à l'environnement sont convaincantes, elles ne peuvent expliquer à elles seules la situation actuelle. En effet, si l'obésité était liée à l'évolution du niveau de vie, nous observerions une plus grande prévalence de l'obésité chez les plus riches parce qu'ils ont un accès plus facile à tous les types d'alimentation et les moyens d'améliorer leur confort (moyens de transport, nouvelles technologies, moyens de communication, etc.) (Wilkinson et Pickett, 2013). Or, on observe au contraire une modification de la répartition sociale de l'obésité après la transition épidémiologique (Brunner et al. 1998). Désormais ce sont les plus pauvres qui ont le plus de risque d'être en situation d'obésité. Molarius et al. (2000) ont montré que la déclivité du gradient social de l'obésité s'est même accrue dans le temps. L'écart entre les plus riches et les plus pauvres sur cette question tend à croître.

Poursuivant leur analyse sur l'effet des inégalités sur la santé Wilkinson et Pickett (2013) confirment leurs hypothèses en montrant un lien positif entre le niveau des inégalités et la prévalence de l'obésité et du surpoids (Tableaux 5.9. et 5.10.). Ainsi, observant les cas extrêmes de ces deux tableaux, les auteurs trouvent que les Etats-Unis comptent 30% d'obèses dans la population contre 2.4% au Japon soit près de 12 fois plus. En ce qui concerne l'obésité des enfants, l'écart est plus faible mais très significatif : 25.1% des enfants entre 13 et 15 ans sont obèses contre 7.6% aux Pays-Bas.

Tableau 5.9. Le lien entre l'obésité des adultes et les inégalités

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 149)

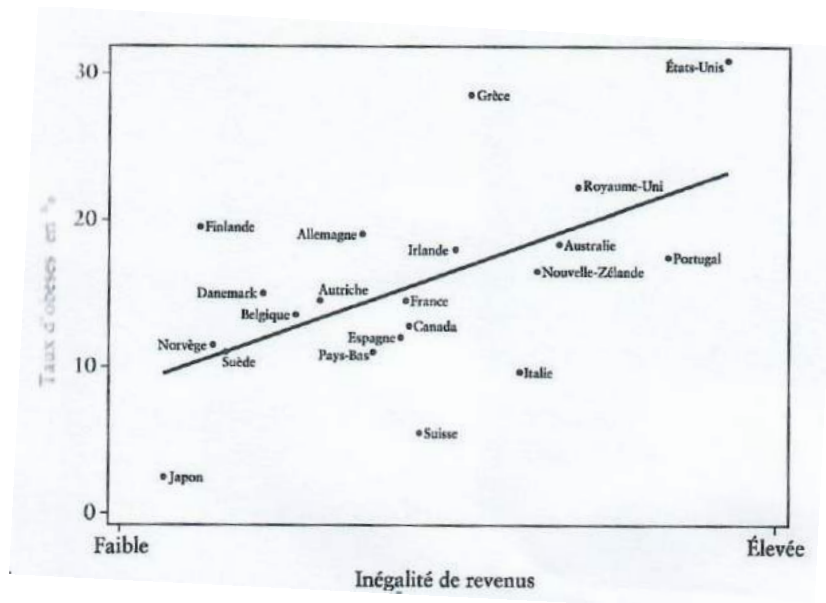
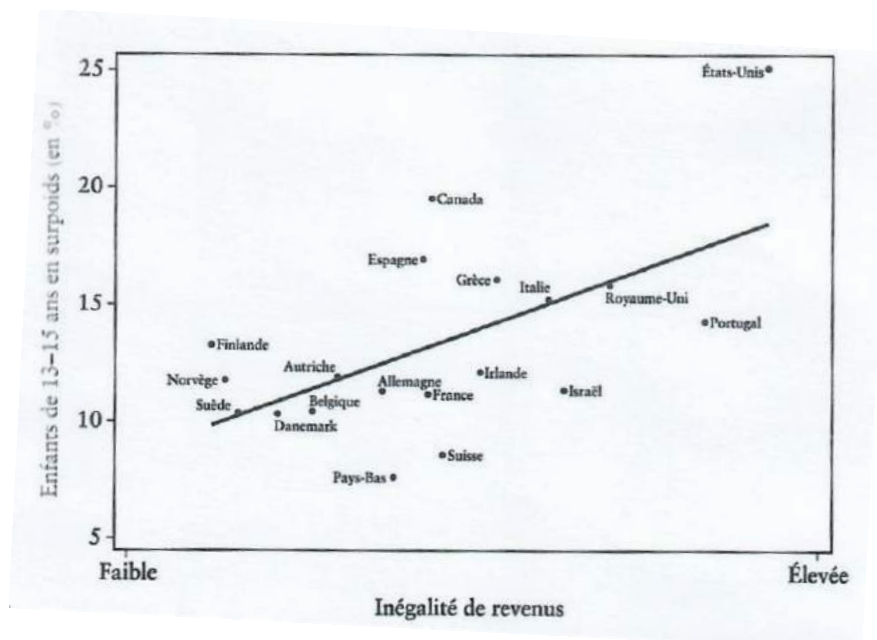


Tableau 5.10. Le Lien entre l'obésité des enfants et inégalités (international)

Wilkinson et Pickett (2013 , p. 149)



Pour les deux auteurs, ces résultats peuvent s'expliquer par ce que les psychologues appellent l'alimentation de réconfort. Dans les pays inégalitaires, pour faire face à l'animosité et la concurrence sociale les personnes auraient tendance à plus manger et à réduire leur activité

physique. Certaines études montrent dans cet esprit qu'en situation de stress, le corps réagit en stockant la graisse (Bjorntorp, 2001) et que la nourriture agit pour les boulimiques comme la drogue pour les toxicomanes (Laitinen et al., 2002). Or, les choix alimentaires ne sont pas que psychologiques mais aussi sociaux. Ils disent qui nous sommes et d'eux dépendent un certain statut social. Les représentations que l'on se fait, l'image que l'on renvoie expliqueraient ainsi certains comportements de suivisme social (faire un régime) ou d'abandon (vers le surpoids et l'obésité).

2.4 Au-delà de la santé : les autres effets pervers des inégalités

Jusqu'à présent nous avons insisté sur l'impact des inégalités sur la santé, à travers les cas de la santé mentale, de l'espérance de vie et de l'obésité. Nous présentons ici quelques éléments supplémentaires portant sur les autres effets néfastes des inégalités sur la vie en communauté. Cette digression est non seulement importante parce qu'elle permet d'étayer un peu plus l'hypothèse du rôle néfaste des inégalités sur le corps social mais aussi parce qu'elle s'inscrit dans la recherche d'un nouveau fondement pour l'action publique (alternatifs à la maximisation du PIB). Trois domaines sont brièvement évoqués : les performances scolaires, les maternités précoces et la violence⁶³.

La question de la performance des systèmes scolaires est devenue primordiale dans le débat public, notamment *via* la médiatisation des résultats triennaux du *Program for International Student Assessment* (programme pour l'évaluation internationale des élèves). En 2012 les évaluations ont porté sur trois épreuves dans 65 pays (34 dans l'OCDE et 31 hors de l'OCDE). Les élèves Français ont été classés 25^{ème} en mathématiques (derrière l'Estonie et la Pologne par exemple), 26^{ème} en sciences (derrière le Vietnam et la Slovénie par exemple), et 21^{ème} en lecture (derrière le Vietnam et la Nouvelle-Zélande par exemple). Nous ne cherchons pas ici à discuter de la pertinence de cet indicateur par ailleurs fortement contesté. Mais, les réactions à la publication des résultats font émerger un sens commun réformateur qui peut être questionné. Pour de nombreux observateurs l'élévation des performances scolaires moyennes n'aurait pas de lien avec la réduction des inégalités entre classes sociales. D'après les travaux de Douglas Willms (1999, 2003), il en va tout à fait autrement : seule la réduction du gradient social des performances scolaires serait susceptible d'améliorer le niveau moyen. Ainsi, même pour les enfants dont les parents sont correctement éduqués (c'est-à-dire avec un

⁶³ Nous renvoyons à Wilkinson et Pickett (2013) pour des développements plus longs sur ces questions ainsi que pour de plus nombreuses références bibliographiques.

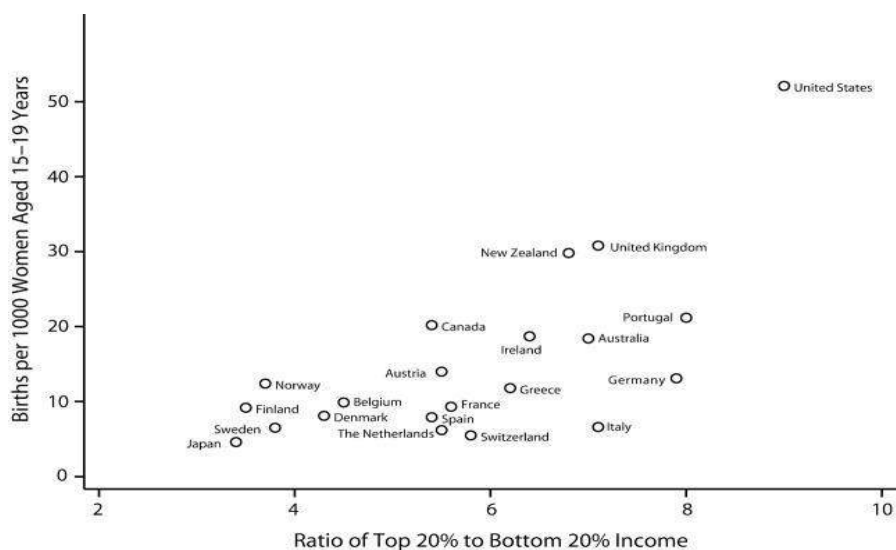
statut social, en moyenne, plus élevé), le niveau des inégalités dans le pays où ils vivent a une importance considérable pour expliquer leur niveau de performance scolaire. Ce fait stylisé est d'autant plus important que les enfants sont au bas de l'échelle sociale. Or, la force du gradient social est plus importante aux Etats-Unis et au Royaume-Uni qu'en Finlande ou en Belgique. Il existe une relation inverse entre le degré d'inclinaison des gradients sociaux et le niveau moyen des performances scolaires.

Ces résultats sont confirmés par d'autres études qui montrent l'existence d'un gradient social pour la maîtrise de la lecture chez les enfants de 15 ans (Siddiqi et al., 2007). Les auteurs démontrent que dans les pays avec les meilleurs résultats en lecture, les inégalités de revenu sont les moins importantes. On trouve ainsi à un extrême la Finlande et la Suède, avec de meilleures performances en lecture et moins d'inégalités, et à l'autre extrême la Grèce et le Portugal, dont les résultats sont moins bons et les inégalités plus élevées.

Un autre problème social dont on peut montrer le lien avec les inégalités concerne les maternités précoces (maternité de mères adolescentes). Ce fait social est un problème dans la mesure où les maternités précoces sont associées à une plus forte prévalence de nombreux risques sanitaires et sociaux : faible poids à la naissance, naissance prématurée, mort pendant la petite enfance, échec scolaire, délinquance juvénile, reproduction des maternités précoces (Committee, 1998). Ce phénomène connaît une distribution inégale dans la population avec une probabilité décroissante du niveau de revenu des parents de la mère. Si les conceptions précoces sont plus régulières chez les plus pauvres, les naissances le sont encore plus dans la mesure où les adolescentes issues de milieux plus aisés choisissent plus souvent d'avorter. Les maternités précoces touchent néanmoins toute la population. Au Royaume-Uni, chaque année presque 5% des adolescentes du quart des ménages le plus pauvre ont un premier bébé contre 1.2% pour le quart le plus riche (Ermisch et Pevain, 2003). Dans un article de 2005, Pickett et al. (2005) montrent que le phénomène de maternité précoce est beaucoup plus important dans les pays les plus inégalitaires. Comme le suggère le tableau 5.11., même en faisant abstraction du cas américain, on retrouve bien les pays les plus inégalitaires parmi ceux qui connaissent le plus de maternité précoces – ce qui est le cas par exemple du Portugal, du Royaume-Uni et de la Grèce.

Tableau 5.11. Inégalités de revenus et maternités précoces

Pickett et al. (2005)



Le dernier phénomène social dont il est intéressant d'étudier la relation avec le niveau des inégalités est celui de la violence. Dans les sociétés contemporaines, la question de la sécurité est une préoccupation dominante, le sentiment d'insécurité étant à maints égards indépendant de l'insécurité elle-même. Selon Wilkinson et Pickett (2013), le lien entre inégalités et violence est probablement le mieux documenté et le plus accepté dans la littérature académique (voir Hsieh et Pugh, 2002 pour une méta-analyse). L'inégalité aurait pour impact d'exacerber la compétition sociale et d'inciter plus fortement à l'adoption de comportements violents.

Par exemple, Daly et al. (2001) ont montré l'existence d'un lien positif entre niveau des inégalités de revenu (mesurée par l'indice de Gini) et le taux d'homicide tant entre les provinces canadiennes qu'entre le Canada et les Etats-Unis (Tableaux 5.12 et 5.13). Fajnzylber et al. (2002) trouvent des résultats similaires à partir de l'analyse de données provenant de près de 40 pays entre les années 1960 et 1990.

Ces différentiels de violence à travers les pays se répercutent sur le niveau d'incarcération. D'après les Nations Unies (Nations Unies, 2000), les Etats-Unis connaissent un taux d'incarcération pour 100 000 habitants parmi les plus élevé des pays développés. Celui-ci s'élève à 576 personnes incarcérées pour 100 000 habitants, contre 124 au Royaume-Uni (soit 4.5 fois moins) et 40 au Japon, (soit 14 fois moins). Ces écarts entre pays se retrouvent aussi à

l'intérieur des pays où certaines parties de la population sont plus incarcérée que les autres. Aux Etats-Unis, un noir a en moyenne 6.04 fois plus de chance d'être incarcéré qu'un blanc (The sentencing project, 2004). Cet écart s'élève même à 13.15 dans le New Jersey. On peut dire en conséquence que la violence et les taux d'incarcération sont incontestablement liés au niveau des inégalités et à ceux qui les subissent.

Tableau 5.12 Taux d'homicide dans les 10 provinces Canadiennes et inégalités de revenus

Daly et al. (2001)

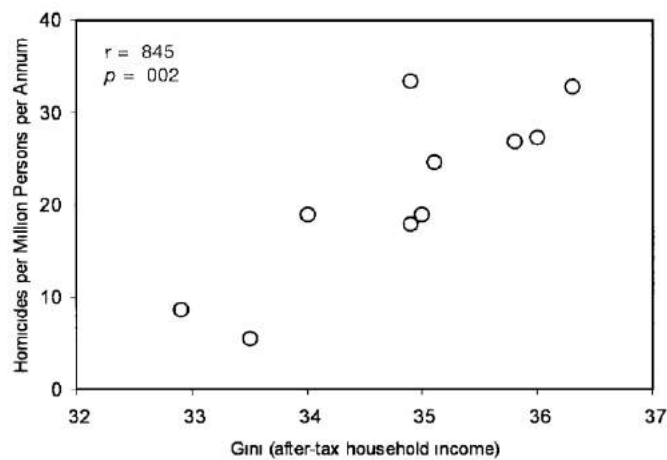
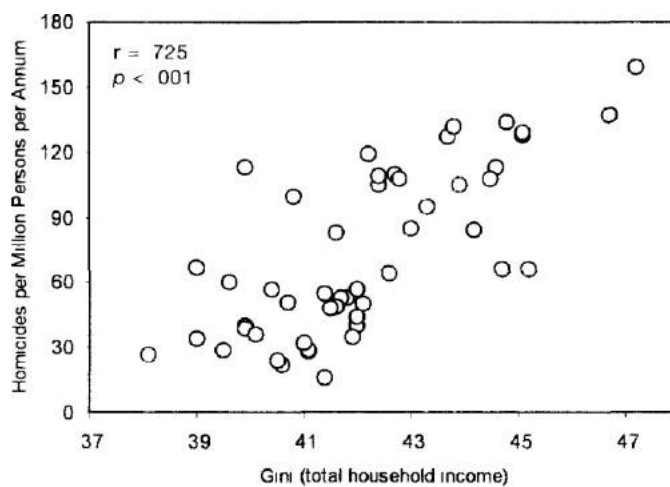


Tableau 5.13 Taux d'homicide dans les 50 Etats des Etats-Unis et inégalités de revenus

Daly et al. (2001)



3. Quels apports de la théorie économique pour appréhender les inégalités ?

La deuxième section a montré l'intérêt de la promotion de l'égalité de revenus dans le but d'atteindre une meilleure santé pour tous. Dans cette section nous étudierons ce que dit la pensée économique sur la question des inégalités de façon à appréhender quelles théories pourraient fonder une politique visant à réduire les inégalités. Avant cela nous proposons quelques données de cadrage sur la question des inégalités (3.1.). Cela permettra ensuite de discuter des théories qui justifient les inégalités (3.2.) puis nous finirons avec un examen de celles qui veulent réduire les inégalités (3.3.).

3.1 Quelques éléments de cadrage sur le niveau des inégalités

Dans son rapport d'octobre 2015 le Crédit Suisse propose quelques éléments de cadrage important sur le niveau des inégalités dans le monde (Crédit Suisse, 2015). Il y est rappelé notamment que, contrairement à ce que peut laisser croire la situation de crise qui s'enlise, le monde n'a jamais été aussi riche. La richesse mondiale a atteint 241 000 milliards de dollars, les pays ayant connu les plus grands progrès étant les Etats-Unis, la Chine, l'Allemagne et la France. Ce constat d'une accumulation de richesse sans précédent permet de juger plus finement le niveau des inégalités : les inégalités ne sont pas le produit de la crise ou de la paupérisation de nos économies. Ce préalable étant établi, on apprend que 46% du patrimoine mondial appartient à seulement 1 % des ménages et qu'à l'autre extrême les deux tiers des adultes de la planète possèdent seulement 3% de la richesse globale. La France détient le record européen du nombre de millionnaires avec 2.2 millions de millionnaires (notamment lié à la hausse de l'immobilier parisien) et arrive 6^{ème} à ce classement au niveau mondial.

La question de l'origine des inégalités et de leur ampleur a été traité très largement dans les travaux de Thomas Piketty dont le dernier livre, *Le capital au XXI^e siècle*, permet d'aller au-delà des constats statistiques (Piketty, 2013). Selon lui la répartition des revenus entre capital et travail est relativement constante dans le temps et de l'ordre d'1/3 pour les profits et de 2/3 pour les salaires. L'essentiel des inégalités provient des inégalités de patrimoines et non des inégalités de revenus. Ainsi, depuis la fin du 19^{ème} siècle on peut scinder trois grandes périodes qui voient alternativement se construire et se détruire les patrimoines :

- Début du 19^{ème} siècle – début du 20^{ème} siècle : phase où l'héritage a un rôle central pour la destinée économique et sociale. Une classe de rentiers, où le logement remplace les

terres agricoles, domine l'économie. Cette période est illustrée par l'auteur par une relecture méticuleuse du *Père Goriot* de Balzac et en particulier des conseils de Vautrin à Rastignac : « *la réussite sociale par les études, le mérite, le travail est une illusion car, chiffres à l'appui, ce dernier montre qu'il est plus efficace de faire un mariage donnant accès à un patrimoine de un million de francs.* » (p. 378-380). La question centrale de l'époque entre travail et héritage voit l'héritage l'emporter largement sur le travail. C'est la raison pour laquelle faire un « bon mariage » est impératif.

- 1914 – fin du 20^{ème} siècle : La guerre ruine les rentiers et l'effort de guerre commande aux représentants de la puissance publique de nombreux pays l'établissement d'un taux marginal d'impôt sur le revenu très élevé. Pour certains, l'impôt et la fiscalité sont alors jugés confiscatoires. Par ailleurs, l'inflation galopante ruine les détenteurs de titres de dettes. La propriété sociale l'emporte sur la propriété lucrative et le travail devient une opportunité d'élévation sociale.

- Depuis le début du 21^{ème} siècle : retour en force de l'héritage et reconstitution d'une classe de rentiers définie comme le patrimoine des ménages. A nouveau la population ne peut plus s'élever par les revenus du travail et l'héritage redevient prépondérant.

A l'appui de son argumentation, Piketty avance deux principaux faits stylisés.

D'une part, il montre l'ampleur considérable des inégalités de patrimoine. En France, les 10% de la population la plus richement dotée en patrimoine hérite de 500 000 euros ou plus, soit environ une vie de SMIC à temps plein sans consommation⁶⁴. Autrement dit, il faudrait théoriquement à un smicard une vie de travail (sans consommation et sans rupture dans l'emploi) pour atteindre le niveau de patrimoine des 10% des Français les plus riches. Si on considère que ce smicard parvient à ne consommer que 80% de son revenu mensuel⁶⁵, il lui faudrait plus de 200 ans de travail pour accumuler 500 000 euros – c'est-à-dire avoir commencé à travailler en 1816 (sous Louis XVIII !). Pour les 40% de la population suivant, l'héritage à la naissance est d'environ 100 000 euros et il est nul ou presque pour la moitié de la population la plus pauvre. Les 10% les plus riches possèdent 62% des patrimoines, les 50% les moins riches en possèdent 4%.

⁶⁴ Le SMIC est un salaire horaire, pour que l'équation tienne il faut exclure la possibilité de temps partiel et de chômage. Par ailleurs, le calcul prend en compte le nombre d'annuités nécessaires pour partir à la retraite à taux plein. On exclut également la possibilité de consommer, comme si l'ensemble du salaire était épargné.

⁶⁵ Soit une épargne d'environ 200€ sur un revenu net de 1100€.

D'autre part, les inégalités de patrimoine ont tendance à s'accroître dans la mesure où le taux de rendement du patrimoine est supérieur à la croissance. Ainsi, la croissance ne permet plus de réduire les inégalités et c'est même l'inverse : elle profite aux plus riches. Les hausses de salaire sur une vie ne suffisent plus à s'acheter un appartement à Paris alors que l'héritage ou la vente d'un bien immobilier acquis par la naissance est suffisant (ou fournit un apport décisif). Dans ces conditions, ceux qui ont des revenus du patrimoine le voient s'accroître plus vite que ceux qui n'ont que leur salaire. Avec l'absence de financement de dépendance des personnes âgées, la puissance publique impose aux personnes dépendantes ne pouvant se financer par elle-même de céder leur patrimoine via le recours en succession sur les sommes engagées par l'aide sociale pour payer le loyer des EHPAD. Cette évolution sociodémographique conduit à la disparition des petits patrimoines face aux gros patrimoines : c'est ce que l'auteur appelle la lutte inter-décile. Le rendement du patrimoine ayant tendance à croître avec sa taille, les 1% les plus riches accumulent plus rapidement que les 10% les plus riches. Cet effet est d'autant plus important que les patrimoines sont élevés, ce qui conduit à l'explosion du patrimoine des super-riches (1/10000^{ème} de la population).

D'après Piketty ce phénomène d'enrichissement ne s'explique pas par l'argument méritocratique. Il est faux statistiquement de dire que le patrimoine provient du mérite d'un *self made man*. Le rôle du travail et du capital humain est dérisoire face à la primauté du capital financier et immobilier. Le « rêve américain » est une supercherie. Les inégalités ne sont pas non plus liées à l'âge avec un cycle de vie amenant les individus à compenser la pauvreté dans leur jeunesse par une plus grande richesse au soir de leur vie. Si ce modèle est apaisant socialement, il est faux statistiquement.

Pour compléter cet état des lieux sur les inégalités, il faut noter que l'intérêt majeur de la dépense publique est de contribuer à la résorption des inégalités. Ainsi, d'après une étude de l'INSEE (Le Laidier, 2009), avant toute redistribution publique les 20% les plus riches touchent en moyenne 8.1 fois plus de revenus que les 20% les plus pauvres, soit un revenu, soit un revenu annuel par unité de consommation⁶⁶ de 60 620 euros contre 7 510 euros. Les impôts directs (l'impôt sur le revenu notamment) et les cotisations sociales contribuent à la réduction des inégalités avec un écart passant de 8.1 à 7.6. Les prestations sociales et autres transferts en espèces permettent de faire passer l'écart de 1 à 5 (10 080 euros contre 50 030).

⁶⁶ Revenu par unité de consommation : un adulte compte pour 1, 0.5 pour les autres personnes de 14 ans ou plus du ménage et 0.3 pour les moins de 14 ans.

La prise en compte des transferts sociaux en nature réduit encore l'écart celui-ci passant à 3.2. Au total, les inégalités de revenu sont ramenées de multiplicateur 8.1 à un multiplicateur de 3.2. Ces résultats ne proviennent pas tant de l'effet de prélèvement des impôts (moins de revenus pour les plus riches) que de l'effet de redistribution des impôts (plus de revenus pour les plus démunis). Ainsi, pour les 20% les plus pauvres, les seuls transferts sociaux représentent 42.3% de leur revenu disponible brut ajusté (contre 9.3% pour les 20% les plus riches).

Le constat d'inégalités croissantes est saisissant mais la théorie économique n'a pas un regard univoque sur la question. Certaines théorisations se plaisent même à justifier les inégalités.

3.2 Les théories libérales valorisant les inégalités

La théorie néoclassique ainsi que les théories libérales valorisent les inégalités dans la mesure où elles permettraient d'atteindre un objectif d'efficacité de l'allocation des ressources. Pour la théorie néoclassique, les inégalités ne sont que le résultat logique des différences de compétence ou d'engagement sur les marchés. La concurrence règle l'écart entre les individus de façon légitime puisqu'elle ne fait que sanctionner les comportements (niveau d'effort, prise de risque, etc.). La réduction des inégalités n'est pas jugée pertinente parce qu'elle représente une désincitation à l'effort et à la prise de risque. Lorsque les écarts de revenus ne sont pas suffisamment grands, les individus n'ont pas intérêt à faire des efforts.

Ainsi, le grand responsable des inégalités serait l'Etat lui-même par son interventionnisme excessif. La dépense publique précisément parce qu'elle cherche à lutter contre les inégalités serait contreproductive. C'est le cas quand l'Etat met en place des protections sur le marché du travail. Cela produit un double impact négatif pour les salariés. D'une part, l'intervention perturbe l'équilibre de marché et crée de ce fait un écart entre offre et demande de travail – c'est-à-dire du chômage. Des personnes qui veulent travailler au prix administré (par exemple le smic) ne trouvent pas d'employeurs parce qu'à ce prix certaines entreprises se retirent du marché trouvant que la productivité marginale des travailleurs est insuffisante pour compenser leurs salaires. En créant du chômage, l'état crée de la pauvreté et donc des inégalités. D'autre part, l'intervention de l'Etat prend souvent la forme de minima sociaux pour ceux qui sont éloignés du marché du travail ou en situation de pauvreté (RSA, allocation de parent isolé, allocations familiales, aide au logement, etc.). Pour la théorie néoclassique, ces allocations créent une désincitation à l'effort car l'écart entre le surplus de revenu lié à la reprise du travail et la désutilité de l'effort n'est pas suffisante pour motiver les salariés. Ils préfèrent « tirer au flanc » avec un revenu faible plutôt que travailler avec un revenu (légèrement) plus

élevé. Ces situations renforcent la pauvreté et en croyant aider les individus, l'Etat ne fait que les condamner à la pauvreté.

Dans le même esprit, la théorie du « ruissellement » minimise les effets délétères des inégalités en nous expliquant que la richesse des grands est essentielle puisqu'elle se diffuse de haut en bas dans la société (Aghion et Bolton, 1997). La constitution de haut revenu en haut de la pyramide sociale n'est pas un problème en soi puisque ses richesses sont ensuite dépensées en consommation et en investissement et contribuent ainsi à l'activité économique générale et à l'emploi. Comme le font les cours d'eau qui ne s'accumulent pas en haut de la montagne et redescendent vers la base, les richesses ne resteraient pas de façon stérile au sommet de la pyramide sociale mais ruissèleraient jusqu'à ses bases. En ce sens l'intervention de l'Etat est au mieux sans effets bénéfiques sur l'activité et au pire elle la détériore. En effet, un Etat qui prélève un impôt sur les plus riches pour le reverser au plus pauvres ne fait que mimer le fonctionnement naturel des marchés où les plus riches en consommant et en investissant (directement ou indirectement via leur épargne) redistribuent leur richesse vers les plus pauvres. Mais, contrairement à l'Etat, le ruissellement naturel aurait l'avantage de ne pas détériorer le fonctionnement de marché, d'inciter à la paresse et de créer des déséquilibres délétères sur le niveau des prix.

Si l'on suit ces traditions théoriques, l'égalité n'a pas de valeur en soi et l'entêtement des pouvoirs publics à vouloir réduire les inégalités ne fait que les augmenter. Ce n'est pas donc ici que l'on trouvera un point d'appui pour promouvoir la réduction des inégalités dans le but ultime d'améliorer l'état de santé de la population.

3.3 Les théories interventionnistes critiquant les inégalités

La pensée keynésienne est probablement l'une des plus attentives à la question des inégalités de revenus. Keynes considère que les inégalités sont, en plus du chômage, un facteur de délitement des sociétés et qu'il convient de les réduire drastiquement non seulement pour des raisons morales mais aussi pour des raisons économiques. Il critique la conception classique des inégalités d'après laquelle celles-ci ne sont pas un problème puisqu'en accumulant de la valeur par l'épargne les plus riches génèrent indirectement de l'investissement. Pour les classiques, le niveau de l'épargne détermine directement le niveau de l'investissement donc, en toute logique, chaque euro épargné est investi – ce qui stimule la croissance. La taxation des plus riches serait alors un attentat à la dynamique économique dans la mesure où ce prélèvement réduirait d'autant l'épargne donc l'investissement et la croissance.

Pour Keynes et les keynésiens, cette théorie de l'investissement est fautive. Il n'y a pas de lien direct entre épargne et investissement. Comme on le sait, pour Keynes le niveau de l'investissement dépend des anticipations des entrepreneurs qui doivent arbitrer entre l'investissement (rapportant un profit incertain) et le placement (rémunéré au taux d'intérêt). Dès lors, il n'y a aucune raison pour que l'épargne soit investie dans l'outil productif. Au contraire, le niveau élevé de l'épargne des riches serait un obstacle à l'investissement. Pour reprendre sa célèbre formule, « il faut euthanasier les rentiers ».

Parallèlement, la concentration des richesses dans peu de mains pose problème parce qu'elle réduit le niveau de la consommation – elle-même déterminant le niveau de demande globale et donc le volume de l'emploi. En effet, d'après la « loi psychologique fondamentale », plus le revenu croît, plus la part du revenu consacrée à la consommation décroît. La propension marginale à consommer est décroissante du revenu : les plus riches consomment une part moins importante de leurs revenus que les plus pauvres. Dans ces conditions, il est profitable pour relancer la consommation d'opérer un transfert de ressources des plus riches vers les plus pauvres parce qu'à volume monétaire égal, la consommation serait plus importante si la richesse était plus équitablement répartie.

Cette conception traditionnelle des inégalités pour les keynésien est développée dans de nombreuses directions à partir des travaux contemporains. Pour ne prendre qu'un exemple, Bruno Tinel (2016) montre dans quelle mesure la question de la dette publique, instrumentalisée pour amoindrir les démocraties, occulte les rapports de classe, pourtant fondamentaux, entre riches et pauvres. Le débat public sur la dette publique est centrée sur les rapports intergénérationnels (« il ne faudrait pas laissez une dette insupportable à nos enfants »). Or, la perspective intergénérationnelle n'a pas de sens sur la question de la dette. En effet, il n'y a pas de transferts intergénérationnels car la somme des dettes est égale à la somme des créances (il n'y a pas d'horizon temporel). S'il y a de la dette c'est qu'il y a des liquidités à placer. D'après ce raisonnement, la dette d'aujourd'hui étant détenue par des créanciers vivants aujourd'hui, la question importante est donc de savoir à qui appartient la dette. L'auteur distingue alors trois types d'enjeux sur les rapports de classe et la dette publique (créanciers et débiteurs).

- Il existe des effets de redistribution financière liés à la dette publique. S'il n'y a qu'une fraction de la population qui détient les bons du trésor et que la dette est payée par l'impôt alors les plus riches valorisent leur épargne grâce aux impôts payés par l'ensemble de la

population. Avec ce type d'inégalité, même les pauvres, qui payent l'impôt, valorisent l'épargne des riches. Cela légitime la volonté de réduire le niveau de la dette et des inégalités.

- Si la fiscalité est plus inégalitaire, elle favorise doublement les détenteurs de la dette. En cas de fiscalité sur le revenu faiblement progressive les différentes classes sociales payent une proportion de leur revenu similaire pour assurer le service de la dette qui ne profite qu'à ceux qui la détiennent. Au contraire, lorsque la fiscalité est très progressive, l'inégalité est moins élevée. De plus si les inégalités sont plus faibles du fait de la fiscalité progressive, les taux d'intérêt de la dette n'explorent pas parce qu'il y a un volume important de la population qui est prête à souscrire des bons du trésor.

- Pour évaluer la dette, il faut évaluer la contrepartie de la dette. Autrement dit, il faut s'interroger sur ce que finance la dette. Après la seconde guerre mondiale l'endettement avait un emploi social *via* la recherche d'émancipation universelle, de réduction inégalités, etc. Depuis les années 1980, l'augmentation de la dette est plus liée à la détérioration d'octroi de la dette et de la réduction des impôts des plus riches qu'à l'augmentation des dépenses. L'endettement actuel a donc un effet social exactement inverse à celui de la fin de la guerre.

L'argumentation de l'auteur permet de conclure que l'augmentation des inégalités contribue la production d'une « mauvaise dette ». Les inégalités alimentent le grossissement de la dette (du fait de la généralisation de filets de sécurité et de la réduction de la progressivité de l'impôt) qui ne peut qu'alimenter à son tour les inégalités puisque la dette n'est détenue que par les plus riches. A l'image de l'analyse que Piketty fait de la lutte inter-décile entre les détenteurs de patrimoines, l'extrême richesse s'autoalimente.

Au total, nous pouvons dire que la dépense publique est non seulement utile socialement mais aussi productive. Lorsque la dépense publique n'est pas directement ou indirectement versée aux ménages privés (venant en cela alimenter la demande auprès du secteur marchand), elle produit de la valeur qui est reconnue par une contrepartie monétaire. Si chaque fonctionnaire produit la valeur qu'il reçoit, il est possible d'aller au-delà de ce constat statistique en montrant que la dépense publique produit de la santé. En effet, dans la mesure où la littérature en santé publique montre que l'égalité est corrélée positivement à l'état de santé de la population, la puissance publique trouve une nouvelle légitimité. Plutôt que de chercher à promouvoir la croissance du PIB, l'Etat peut se prévaloir d'être le seul à pouvoir réduire les inégalités de revenus et, par-là, à améliorer l'état de santé de la population. Dans cette optique

le chapitre suivant montre que les politiques de relance, indépendamment de leur impact sur le PIB, ont pour effet d'améliorer l'état de santé de la population – alors que l'austérité la détériore.

Chapitre 6. La dépense publique sauve des vies en temps de crise

Les deux chapitres précédents ont permis de fonder une nouvelle forme de légitimité pour la puissance publique. Si plutôt que de se concentrer sur la dépense publique, on s'intéresse à ce que produit cette dépense, alors il est possible de montrer qu'elle produit un meilleur état de santé pour toute la population. En réduisant les inégalités de revenus, la puissance publique peut favoriser la santé de la population. Cette nouvelle focale suppose de substituer (ou de compléter) les défaillances du PIB comme indicateur de bien-être et de richesse des sociétés.

L'effet subversif de ce changement de référentiel pour juger des politiques et dépenses publiques peut être approché par l'analogie suivante : dans le cadre des discussions sur la politique de l'emploi, les économistes orthodoxes parlent souvent d'une préférence française pour le chômage. L'idée est qu'au lieu de se battre pour réduire le chômage, les politiques publiques visent plutôt à défendre le statut de ceux qui possèdent déjà un emploi contre les autres (les précaires et les chômeurs). Les gouvernants préféreraient protéger les statuts de ceux qui ont un emploi que de donner de l'emploi à ceux qui n'en n'ont pas. Avant d'être un problème, le chômage serait une solution : ne pas révolter les actifs occupés : « Pour le dire brutalement, [le chômage] était et demeure l'effet d'une préférence collective, d'un consensus inavoué » (Olivennes, 1994, p. 139).

On peut retourner cet argument orthodoxe en défendant l'idée que la défense de l'austérité révèle « une préférence, un consensus inavoué » pour la dégradation de l'état sanitaire de la population. Lorsqu'ils choisissent l'austérité plutôt que la relance en cas de crise économique, les gouvernants préfèrent défendre la rente de ceux qui détiennent la dette publique et de ceux qui voient dans le retrait de la dépense publique un espace de profit, plutôt que de défendre la santé des autres : classes moyennes, chômeurs, précaires, retraités, etc.

La première section fournit des éléments de preuves sur l'effet de l'insécurité économique sur l'état de santé (1.). Le fait de perdre son emploi, son logement ou son assurance santé a un impact négatif sur l'état de santé. La question qui se pose alors porte sur la cause ultime de cette insécurité économique. Est-ce la crise économique ou la réponse politique à la crise économique, tout particulièrement la baisse de la dépense publique, qui détériore l'état de

santé ? La deuxième section cherche à répondre à cette question à partir d'exemples historiques (2.). La troisième section (3) prend la comparaison entre l'Islande et la Grèce dans la crise actuelle comme un « exemple exemplaire » des effets de l'austérité ou de la relance sur l'état de santé de la population.

1. Quand l'insécurité économique détériore l'état de santé

Les effets de l'insécurité économique sur l'état de santé sont bien documentés. Lorsque les individus vivent une telle situation, ils ont tendance à être plus malades et à mourir plus rapidement que les autres. Dans la mesure où l'insécurité a tendance à s'accroître en période de récession, ces effets sont d'autant plus grands en période de crise économique, comme celle que nous vivons depuis 2007. Plusieurs facteurs d'insécurité économique ayant des effets négatifs sur la santé peuvent être distingués et nous développons ici plus particulièrement l'impact du chômage, du logement et des assurances santé sur la santé.

1.1 Chômage et santé

Premièrement, le chômage constitue probablement l'une des plus grandes causes d'insécurité économique pour les populations contemporaines. Si la perte d'un emploi signifie souvent la perte d'une source de revenu, les effets du chômage sont aussi non monétaires lorsqu'ils détériorent l'état de santé de ceux qui en sont victimes. La corrélation entre chômage et état de santé est désormais bien renseignée (Roelfs et al., 2011).

Par exemple, Browning et Heinesen (2012) ont démontré à partir de données administratives danoises sur la période 1980-2006 que la perte d'emploi liée à une fermeture d'usine augmente très largement et très significativement le risque de surmortalité et d'hospitalisation pour les hommes. Le risque de surmortalité générale (toutes causes confondues) est de 79 % supérieur l'année du licenciement, de 35% supérieur pendant les 4 premières années après licenciement, de 17% pendant les 10 premières années après licenciement et de 11% supérieurs pendant les 20 premières années après le licenciement. Le risque de surmortalité est très important à court terme et le reste à long terme. Parmi les causes de surmortalité, celles qui sont le plus stimulées par un épisode de licenciement sont les morts pour cause de maladies circulatoires (plus 128 % la première année), d'alcoolisme (intoxication, addiction, délires, psychoses, maladies du pancréas et du foie), de maladies mentales et de maladies infectieuses. Or, le décès est un événement extrême qui, comme la pointe de l'iceberg, cache

une partie immergée beaucoup plus importante. Les auteurs montrent dans cet esprit que le licenciement accroît significativement le risque d'hospitalisation pour maladies liées à l'alcool de 76% la première année, de 130 % entre 3 et 15 ans, et de 22% à 20 ans. La même chose est vraie pour les maladies mentales : hausse du risque d'hospitalisation de 63% la première année et 19% à 20 ans. Au total, à partir d'une extrapolation des résultats de cette étude, si l'on considère une population de 10 000 hommes licenciés à la suite d'une fermeture d'usine, en 4 ans 140 hommes meurent contre 104 hommes s'il n'y avait pas eu de licenciement. En 20 ans, 1 169 hommes meurent contre 1 051 s'ils avaient gardé leur emploi⁶⁷.

Une étude récente sur le cas Français démontre que le chômage est un risque pour la santé aussi pour les classes moyennes et supérieures (Meneton et al., 2014). Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que les personnes plus favorisées résistent mieux que les autres à un épisode de chômage, ce n'est pas le cas. Les risques cardiovasculaires (1.84, intervalle de confiance 1.15-2.83 à 95%) et la surmortalité générale (2.79 intervalle de confiance 1.66-4.47 à 95%) est supérieure pour les personnes privées d'emploi comparativement aux autres – indépendamment du statut socio-économique et de l'état de santé initial. Sur 12 ans, le risque d'évènement cardiovasculaire fatal et non fatal est 80% plus élevé pour les chômeurs que pour les personnes en emploi. Les auteurs concluent radicalement que « Governments and companies should consider when taking economic decisions that “killing the jobs means killing the people”, both in the metaphoric and literal sense » (Meneton et al. 2014, p. 715).

Les coûts de la perte d'emploi ne sont donc pas uniquement économiques (Kuhn et al., 2009). De nombreux travaux montrent que l'emploi représente plus qu'une source de revenu. La perte d'emploi produit des externalités négatives en termes de santé qui sont encore mal connues. L'étude de Marcus (2013) permet d'en donner une illustration : en plus de s'intéresser aux effets sanitaires de la perte d'emploi sur celui ou celle qui en est victime, cet évènement a des conséquences au sein du ménage. L'auteur démontre ainsi que lorsqu'un membre du couple perd son emploi, il n'est pas le seul à en subir des conséquences en termes de dégradation de santé mentale. A partir de données sur l'Allemagne entre 2002 et 2010, l'auteur montre qu'un an après l'entrée dans le statut de chômeur, la santé mentale de

⁶⁷ Le nombre d'hospitalisation pour des problèmes d'alcool ou de maladie mentale augmente de 16 à 26 sur 4 ans et de 57 à 93 sur 20 ans.

l'individu licencié décroît de 27% pour celui qui en est la victime et de 18% pour l'autre membre du couple.

L'effet négatif du chômage sur l'état de santé est d'autant plus facile à détecter que la situation économique est mauvaise. En Italie, entre 2007 et 2009, le chômage a augmenté de 39%. Certains auteurs ont pu mettre en évidence l'augmentation des cas de suicides et de tentatives de suicides du fait des problématiques économiques (Stuckler et Basu 2013). La tendance est similaire aux Etats-Unis avec 4 750 suicides supplémentaires dus à la crise. Le chômage étant un facteur important de dépression, d'anxiété et d'insomnie, les chômeurs ont une probabilité deux fois plus élevée de se suicider que les non chômeurs. Cette situation se traduit également par un impact croissant sur la prescription d'antidépresseurs (hausse 22% des prescriptions au Royaume-Uni entre 2007 et 2009, par exemple). En Espagne, une étude a démontré sur un échantillon de 7 940 patients observés ponctuellement en 2006 et en 2010 que le nombre de patients présentant des symptômes graves de dépression est passé de 29 à 48%, de 6 à 9% pour les symptômes de dépression mineurs, de 10 à 16 % pour les crises de paniques et de 1 à 6% pour l'abus de consommation d'alcool (Gili et al., 2012).

1.2 Logement et santé

Le deuxième facteur d'insécurité économique qui peut être souligné ici concerne le logement. S'il est unanimement admis que la qualité d'un logement (isolation, système de chauffage, eau courante, tout-à-l'égout, etc.) améliore la santé de ses occupants, la crise économique de ces dernières années a donné lieu à un nouveau champ de recherche portant sur la problématique des saisies immobilières⁶⁸ : est-ce que le risque de saisie immobilière et la saisie immobilière elle-même engendrent une détérioration de l'état de santé ?

L'étude de Bennett et al. (2009) constitue l'une des premières sur le sujet à partir du cas américain. En 2008, à la suite de la crise des *subprimes*, plus de 2 millions de personnes ont été affectées par une saisie, soit une augmentation de 225% depuis 2006. D'après les auteurs, la saisie est un événement stressant qui s'étale sur une longue période entre les difficultés financières liminaires et la saisie proprement dite. Cette dernière s'accompagne souvent

⁶⁸ La crise actuelle est d'abord une crise immobilière venue des Etats-Unis : pendant la phase d'expansion de la bulle, de nombreux ménages américains ont obtenu des crédits immobiliers alors qu'ils n'avaient pas les moyens de rembourser les primes extraordinaires (*subprime*) qui leurs étaient exigées. Pendant la phase d'éclatement de la bulle, l'impossibilité de rembourser les traites a eu pour conséquence une croissance hors normes du nombre de saisies et donc un important effet récessif sur les prix du marché immobilier. Au total, plusieurs millions de personnes ont été dans l'incapacité d'honorer un prêt extrêmement coûteux pour rembourser des maisons qui ne valaient plus rien.

d'autres évènements stressants qui ont un effet boule de neige sur les individus : perte d'emploi, divorce, problèmes de santé, etc. En réponse à ce stress, il a pu être observé l'augmentation des pratiques à risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, la prise de poids et, parallèlement la réduction du recours aux soins préventifs et chroniques. Une analyse plus récente portant sur la région de Philadelphie a montré que deux ans avant la saisie, les individus qui en sont victimes ont tendance à réduire leur recours aux soins primaires et à augmenter leur recours aux soins urgents (Pollack et al., 2011). Cet éloignement aux soins se cumule avec une détérioration de l'état de santé physique : les personnes qui sont victimes d'une saisie ont 40% de chance de plus que les autres de développer des problèmes d'hypertension et 83 % de chance de plus que les autres de développer des maladies rénales.

En plus d'observer une dégradation de l'état de santé physique chez les personnes vivant une saisie, un nombre croissant d'études démontrent l'effet néfaste des saisies sur la santé mentale (Mclaughlin et al. 2012, Osypuk et al. 2012, par exemple). Mclaughlin et al. (2012) ont ainsi montré que dans la ville de Détroit (Michigan) les saisies immobilières sont corrélées avec les symptômes caractéristiques de la dépression et de l'anxiété généralisée. Entre 2008 et 2010, les personnes victimes de saisie avaient 2.4 fois plus de chances d'être en forte dépression et 1.9 fois plus de chances d'être atteintes d'anxiété généralisée.

En dépit de ces considérations, corrélation n'est pas causalité et il existait jusqu'il y a peu de temps un doute sur la causalité entre maladie et saisie immobilière. Il est en effet probable que ce soit un état de santé dégradé qui cause la spirale infernale vers la saisie (Houle et Keen, 2014). Cependant, un article récent de Curie et Tekin (2015) sur l'Arizona, la Californie, la Floride et le New Jersey est venu confirmer l'existence d'un lien causal allant de la saisie aux problèmes de santé. Après avoir exclu les autres causalités potentielles, les auteurs estiment que pour chaque saisie supplémentaire par 100 000 habitants, 1,5 visites supplémentaires aux urgences sont à prévoir (problèmes cardiaques, cancers, maladies mentales et visites « évitables » liées une absence de prévention). Une saisie supplémentaire par quartier engendre 0.783 visites supplémentaires à l'hôpital. En reprenant le chiffre de 2.82 millions de saisies en 2009 les auteurs estiment à 2.21 millions le nombre de visites aux urgences directement causées par les saisies soit un coût supplémentaire pour la collectivité de 5.57 milliards de dollars (en moyenne 2 521 dollars par visite supplémentaire).

1.3 Assurance santé et état de santé

En plus du chômage et des problèmes de logement, un grand nombre d'autres insécurités économiques ont un impact négatif sur l'état de santé des individus. Parmi elle, le fait d'avoir une assurance complémentaire santé est aujourd'hui un critère discriminant important permettant d'expliquer les inégalités de santé. Encore une fois, le cas le plus évident est donné par les Etats-Unis : jusqu'en 2014, 13% de la population vivait sans couverture santé (cf. Encadré 3.1). Avec la récession consécutive à la crise des surprimes, 6 millions de personnes ont perdu leur emploi et la couverture santé afférente. Or, en 2009, les personnes sans assurance maladie avaient 40% de chance de mourir prématurément et 35 000 décès auraient pu être évités avec une couverture santé adéquate (Wilper et al., 2009).

Ces chiffres révèlent la faiblesse des filets de sécurité outre-Atlantique. Les programmes sociaux comme Medicaid sont très sélectifs et le sont de plus en plus depuis les élections de mi-mandat de 2010 (Stuckler et Basu, 2013). En effet, avec l'augmentation de la pauvreté le nombre de bénéficiaires de du programme Medicaid a augmenté de 8.3 % par an jusqu'en 2009. Or, la réponse de politique publique a été de condamner la dépense publique et de réduire l'accès aux prestations de santé : hausse des franchises, réduction des remboursements et nouvelles taxes sur les soins. Entre 2009 et 2013, 40 Etats ont réduit leur budget Medicaid sur une année fiscale, 29 d'entre eux l'ont réduit sur deux années fiscales et 15 d'entre eux l'ont réduit sur trois années fiscales. En conséquence, entre 2009 et 2014, l'accès aux soins s'est détérioré pour les américains.

Selon Lusardi et al. (2011), c'est aux Etats Unis que le non recours aux soins s'est le plus accru pendant la crise avec une chute nette de 19.5%, contre 6.6% en France, 3.6% en Allemagne et 0.3% au Royaume-Uni. Ces résultats s'expliquent probablement par le fait que les restes à charge sont plus élevés aux Etats-Unis, plus faibles en Allemagne et en France et nuls au Royaume-Uni. Dans le cas Français, Didier Tabuteau (2013) parle néanmoins d'« insécurité tarifaire » pour décrire la difficulté croissante des malades à accéder aux soins du fait de l'accroissement du ticket modérateur. Or, en France comme ailleurs, le renoncement aux soins pour raisons financières augmente le risque de dégradation de l'état de santé (Dourgnon et al., 2012).

Encadré 3.1. La fragmentation du système de santé américain

Aux États-Unis, il existe trois niveaux de couverture santé qui s'enchevêtrent :

- (i) Les entreprises. En 2012, 48 % de la population était couverte par un contrat

d'entreprise, soit près de 149.5 millions de personnes (Kaiser Family Foundation, 2012). Dans ces conditions, les inégalités d'accès à des soins de qualité sont en grande partie expliquées par la qualité de l'emploi. On estime ainsi que 50 % des personnes travaillant dans des entreprises de moins de 10 salariés sont couvertes contre 80 % de celles qui travaillent dans des entreprises de 1 000 salariés (Blavier et Montialoux, 2009). En outre, le degré de couverture est proportionnel à la qualité de l'emploi : les contrats les plus couvrants sont réservés à l'élite salariale tandis que ce sont statistiquement les plus démunis qui en ont le plus besoin. La crise ouverte en 2007 n'arrange rien : si aujourd'hui ce type de couverture représente 48 % de la population, en 2000, il représentait 64 % de la population.

(ii) La couverture fédérale. Celle-ci prévoit quelques filets de sécurité destinés aux plus nécessiteux, aux plus âgés et aux enfants (Cohu et Lequet-Slama, 2007). En 2012, 31 % de la population américaine relevait d'une couverture publique quelle qu'elle soit. Trois politiques publiques d'assurance santé peuvent être distinguées. D'une part, le programme *Medicare*, créé en 1965, est un système universel pour les personnes de plus de 65 ans et les handicapés dans l'impossibilité de travailler. D'autre part, le programme *Medicaid*, créé également en 1965, est lui destiné aux personnes les plus démunies. Le seuil d'éligibilité est fixé à tous les revenus inférieurs au seuil de pauvreté fédéral et à 133 % de ce seuil pour les femmes enceintes et enfants. Enfin, le *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP) est une politique publique créée en 1997 pour assurer les enfants vivant dans des ménages dont les revenus se situent entre le seuil *Medicaid* et 200 % du seuil de pauvreté fédéral.

(iii) L'État. En plus de l'État fédéral, les États peuvent d'eux-mêmes prendre des initiatives concernant l'assurance santé. Par exemple, le Massachusetts a récemment introduit pour ces habitants un plan d'assurance santé quasi-universel : le *Commonwealth Care* (Weissman et Bigby, 2009). Celui-ci oblige tous les individus à souscrire à une assurance santé et les entreprises à en proposer une. Il étend les seuils d'éligibilité au programme *Medicaid* et prévoit une régulation du marché à partir de standards de couverture et d'accessibilité. En 2012, le Massachusetts est l'État dans lequel la couverture santé est la meilleure

des États-Unis : alors qu'un État comme le Nevada compte 23 % de personnes non assurées et 25 % de personnes assurées par l'intermédiaires de programmes publics (fédéraux ou non), le Massachusetts compte « seulement » 4 % de personnes non assurées pour 35 % de personnes couvertes par des assurances publiques (Kaiser Family Foundation, 2012). Si l'exemple du Massachusetts laisse entrevoir une forte marge de manœuvre pour les États, il arrive souvent que l'État fédéral entrave ce type de projet. Ce fut le cas en 2008 lorsque le gouverneur de Californie Schwarzenegger essaya d'étendre la couverture santé de ses administrés (Isaacs et Schroeder, 2008).

A partir de 2015, après une bataille parlementaire historique et des dizaines de recours, la réforme de l'assurance maladie américaine, imposée par Barack Obama, devrait étendre la couverture maladie à 32 millions d'Américains qui en étaient exclus.

2. Dénaturaliser les conséquences de la crise : le rôle de la politique économique

2.1 L'impact sur la santé : Crise ou réponse politique à la crise ?

Il est aujourd'hui très clair que l'insécurité économique a un impact négatif sur l'état de santé et le recours aux soins. Un nombre croissant d'études statistiques établissent que le fait de perdre son emploi, son logement ou son assurance santé augmente la probabilité de voir son état de santé physique et/ou mental se dégrader. Non seulement les situations de pauvreté mais aussi les menaces de paupérisation sont négativement corrélés à l'état de santé. Comme nous l'avons vu plus haut, perdre son logement nuit à la santé mais le seul fait de croire cette perte possible nuit également à la santé. Il est alors tentant de parler de conséquences sanitaires de la « peur du déclassement » (Maurin, 2009). La pauvreté et la menace de paupérisation sont des problèmes majeurs de santé publique.

La question mise en évidence par ces résultats porte sur la cause ultime de la paupérisation⁶⁹ des individus. Si l'on sait que la paupérisation génère des problèmes de santé alors il faut se

⁶⁹ Pour une définition de la paupérisation voir Hatzfeld (1971) : « Paupérisme, paupérisation et insécurité : Pour Marx et Engels la paupérisation c'est d'abord ce mouvement historique qui réduit à la condition salariale un nombre toujours croissant de producteur, d'hommes et de femmes. Or la condition salariale ce n'est pas seulement – selon une tradition déjà ancienne – le minimum de subsistance, c'est encore le renforcement pour le travailleur lui-même des conditions de son exploitation, c'est sa réduction à un état d'insécurité grandissante »

demander ce qui produit la paupérisation. Ce raisonnement a été reformulé récemment par Sanjay Basu et David Stuckler dans un livre synthétisant leurs recherches en épidémiologie (Basu et Stuckler, 2013) : est-ce la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ou est-ce la réponse politique à la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ?

Dans le premier cas, tout se passe comme si la dégradation de l'état de santé de la population était liée à une catastrophe naturelle. Comme un séisme ou une tornade, la crise économique est un évènement difficile à prévoir parce que dans l'ordre de la nature. Dès lors, il n'y a rien à faire sinon à panser les plaies. La politique publique n'est d'aucune utilité pour améliorer l'état de santé de la population. Elle peut s'intéresser à la sortie de crise mais, il n'y aurait pas de lien direct entre cette réponse politique et l'état de santé. Cette première hypothèse (Hypothèse 1) établit un lien causal entre crise économique et dégradation de l'état de santé tandis que la politique publique souffrirait d'impuissance.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'on pense que la crise économique est un évènement qui peut être traité par une politique publique adéquate, il est toujours possible d'éviter la dégradation de l'état de santé de la population. Etant admis préalablement que l'on peut faire quelque chose, se pose alors la question de ce qu'il convient de faire. La constitution d'une protection sociale forte (assurance santé publique, soins gratuits, assurance chômage généreuse, aide au logement, etc.) serait alors le garant de la santé des populations, malgré la force de la crise économique. A l'inverse, une réponse à la crise par des politiques d'austérité (réduction des budgets publics de tout ordre, politique monétaire restrictive, etc.) serait la voie principale pour accélérer la détérioration de l'état de santé de la population. Ici (Hypothèse 2), le lien de causalité n'est pas entre crise économique et état de santé mais entre réponse politique à la crise et état de santé : les politiques de relance sont bénéfiques pour la santé tandis que les politiques d'austérité détériorent l'état de santé. Le tableau 6.1. synthétise ces hypothèses.

(ibid, p. 25). Si l'on s'autorise un néologisme, la paupérisation c'est l'insécurisation consécutive au rapport salarial.

Tableau 6.1. Hypothèses sur l'évolution de l'état de santé des populations

Hypothèse 1 :

La crise économique détériore l'état de santé,
la politique publique est impuissante

	Pas d'impact de la politique publique	Pas d'impact de la politique publique	
Politique de relance			Politique d'austérité
	La relance améliore l'état de santé des populations	L'austérité dégrade l'état de santé des populations	

Hypothèse 2 :

La réponse politique économique à la crise a
un impact sur l'état de santé

Dans la théorie économique, le débat entre relance et austérité en situation de crise ne s'intéresse pas à la relation entre la politique publique et l'état de santé de la population. La question porte essentiellement sur l'impact de la politique publique sur la croissance à court terme et à long terme. Le débat se focalise principalement sur la force du multiplicateur d'investissement et sur celle de l'effet d'éviction des dépenses publiques. Dans ce texte, il ne

s'agit pas de ressasser les arguments d'un vieux débat (pourtant étrangement actuel) mais de porter un regard neuf sur ce débat en excluant (temporairement) la question de la croissance et en nous concentrant sur les effets de la politique publique en termes d'état de santé. De ce point de vue, les données épidémiologiques établissent un fait étrange : à la suite d'une crise économique les résultats de santé publique divergent selon les pays. Selon Basu et Stuckler (2013), ceci tend réfuter l'hypothèse 1 au profit de l'hypothèse 2 : c'est la réponse à la crise économique (différente à travers les pays) et non la crise économique elle-même (sensiblement équivalente entre les pays) qui détériore l'état de santé des populations. Autrement dit, « le prix de l'austérité se calcule en vies humaines, des vies perdues qui ne reviendront pas quand la bourse repartira » (Basu et et Stuckler, 2013, p. 32)⁷⁰.

2.2 Grande dépression, New Deal et santé

Si la crise économique de 2007 a fait remonter à la surface le débat entre les tenants des politiques d'austérité et ceux des politiques de relance, cette alternative – et ses conséquences sur l'état de santé des populations – n'est pas neuve. Dans les années 1930, lors de la Grande dépression, la plus grande crise économique qu'ont connue les Etats-Unis a eu des effets de santé publique très différents en fonction de la réponse politique singulière de chacun des Etats (voir l'Encadré 3.2 sur le cas de la France). En effet, en complément de la politique fédérale, par définition commune, les Etats conservent une marge d'autonomie importante avec des budgets propres conséquents. En plus du New Deal décidé par Roosevelt à l'étage fédéral, chaque Etat pouvait décider à son niveau d'allouer de nouveaux fonds supplémentaires à la relance ou non. Ainsi, les Etats démocrates politiquement proches du président ont plus souvent dépensé plus que ne le prévoyait le New Deal alors que les Etats contestataires politiquement ont plus souvent appliqué uniquement le minimum fédéral imposé.

Cette configuration historique remplit les conditions méthodologiques d'une expérience naturelle : à un même corps social, deux « traitements » distincts ont été apportés de façon aléatoire. Il est possible de considérer les Etats comme des groupes test ou des groupes témoins selon qu'ils ont ou non appliqué des politiques sociales plus généreuses que la

⁷⁰ Les deux sections suivantes (*Grande dépression, New Deal et santé*, et *FMI et Santé : la crise asiatique*) s'inspirent largement du livre de Basu et Stuckler publié en 2013.

moyenne⁷¹. C'est sur ces hypothèses qu'un nombre croissant de travaux sont menés afin de discuter de l'impact des politiques publiques lors du New Deal sur l'état de santé (Basu et Stuckler, 2013). Deux principaux débats peuvent être relatés :

- L'effet de la prohibition de l'alcool sur l'état de santé. Dès la fin du 19^{ème} siècle, certains Etats des Etats-Unis ont promulgué des lois visant à limiter puis à interdire la consommation d'alcool dans le but de protéger la santé des populations. En 1919, le 18^{ème} amendement de la constitution des Etats-Unis généralise la prohibition (il sera abrogé en 1933). Bien que la prohibition soit générale entre 1919 et 1933 certains Etats sont plus durs que d'autres dans l'application de la loi ; on parle d'Etats « humides » et d'Etats « secs ». Des recherches récentes ont montré que les Etats humides avaient un taux de mortalité lié à l'alcoolisme 20 % supérieur aux Etats secs, soit 4 000 morts évitées pendant la prohibition. En d'autres mots, si tous les Etats avaient été secs, 7 300 vies auraient été sauvées. La politique publique peut sauver des vies⁷².
- L'effet de la politique extra-fédérale sur l'état de santé. Lors de la Grande dépression, la dette nationale des Etats-Unis est passée de 180 % du PIB en 1929, année du crack, à 300% en 1932, année des élections fédérales. Dans un premier temps, les solutions politiques d'Hoover et de Roosevelt, respectivement candidat républicain et démocrate à la présidence, n'était pas très éloignées : le remède à la crise serait l'austérité. Mais, la force de la crise économique a fait rapidement croître la contestation à gauche du parti démocrate ce qui a conduit Roosevelt à revoir ses positions et à proposer une « nouvelle donne » (*new deal*). En effet, entre 1929 et 1931, les salaires dans l'automobile baissent de 54 %, en 1932, près de 200 000 salariés de l'automobile sont licenciés – dont 1/3 part Ford qui fait tirer sur les ouvriers. En contrepoint, les projets du *New Deal* sont ambitieux : construction d'infrastructures, interdiction des expulsions, bon de nourriture, construction d'hôpitaux, financement de vaccins, aide aux personnes âgées, etc. Parmi les gouverneurs favorables au New Deal, la Louisiane

⁷¹ Bien évidemment, cette méthodologie de recherche comme les autres doit faire l'objet d'une discussion critique (Labrousse, 2010). Il n'est pas question ici de prendre ses résultats pour des vérités objectives mais comme des constats statistiques ou des éléments de preuve (historiquement situés) à porter au débat.

⁷² Il ne s'agit pas ici de promouvoir la prohibition d'alcool ou d'autres substances dangereuses pour la santé (comme le tabac). Ce sujet renvoie à des problèmes de philosophie politique très profonds qui n'entrent pas dans le cadre de notre discussion : peut-on protéger un individu contre sa volonté ? A-t-on le droit de décider de sa propre mort ? Doit-on rembourser des dépenses de santé induites par des comportements à risque ? Etc.

est exemplaire des Etats ayant démultiplié la relance fédérale. Dans cette optique, le programme « Partageons nos richesses » défendu par le gouverneur Huey Long prévoyait en plus du *New Deal* de nouvelles aides nutritionnelles, sanitaires et éducatives. La Louisiane a ainsi dépensé près de 50 \$ par habitant contre « seulement » la moitié pour le Kansas et la Géorgie. Or, les études sur cette période montrent que pour 100 \$ dépensés dans le *New Deal*, 18 morts pour cause de pneumonie pour 100 000 sont évitées, 18 morts infantiles pour 1000 sont évités et 4 suicides pour 100 000 sont évités. Chaque dollar de relance était susceptible de sauver des vies.

Encadré 3.2 : L'exemple Français de l'après-guerre

L'exemple historique du New Deal est particulièrement marquant dans la littérature épidémiologique. Néanmoins, cette histoire singulière participe de l'histoire plus générale de la mise en place des systèmes de protection sociale dans les pays développés au début du 20^{ème} siècle. A ce titre il est intéressant de rappeler la réponse particulière de la France au sortir de la seconde guerre mondiale. Comme le rappelle le sociologue Henri Hatzfeld (1971), la classe ouvrière, première victime du paupérisme, a su s'imposer comme problème à partir de la fin du 19^{ème} siècle en raison de ses difficultés sociales :

« [...] l'une des contributions les plus importantes de la classe ouvrière au progrès de la législation sociale c'est l'évidence de sa misère : évidence qu'elle impose à la société toute entière dans la mesure où elle ne renonce ni à dénoncer les maux dont elle souffre ni à proclamer qu'une autre société est possible » (Hatzfeld, 1971, p. 187).

La sécurité sociale, conçue avant tout comme un droit et non comme un revenu, engage la mutation en France d'une conception de la sécurité liée à la propriété à une conception de la sécurité liée au droit du travail. L'idée de la sécurité sociale telle que nous la connaissons aujourd'hui a été pour la première fois formalisée par le Conseil National de la Résistance dans le programme *Les jours heureux* dans l'esprit de réduire « l'incertitude de l'existence » (*ibid.*, p. 25) :

Sur le plan social, le droit au travail et le droit au repos, notamment par le rétablissement et l'amélioration du régime contractuel du travail ; un rajustement important des salaires et la garantie d'un niveau de salaire et de traitement qui assure à chaque travailleur et à sa famille la sécurité, la dignité et la possibilité d'une vie pleinement humaine ; la garantie du pouvoir

d'achat national pour une politique tendant à une stabilité de la monnaie ; la reconstitution, dans ses libertés traditionnelles, d'un syndicalisme indépendant, doté de larges pouvoirs dans l'organisation de la vie économique et sociale ; *un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ; la sécurité de l'emploi, la réglementation des conditions d'embauchage et de licenciement, le rétablissement des délégués d'atelier ; l'élévation et la sécurité du niveau de vie des travailleurs de la terre par une politique de prix agricoles rémunérateurs, améliorant et généralisant l'expérience de l'Office du blé, par une législation sociale accordant aux salariés agricoles les mêmes droits qu'aux salariés de l'industrie, par un système d'assurance contre les calamités agricoles, par l'établissement d'un juste statut du fermage et du métayage, par des facilités d'accession à la propriété pour les jeunes familles paysannes et par la réalisation d'un plan d'équipement rural ; une retraite permettant aux vieux travailleurs de finir dignement leurs jours ; le dédommagement des sinistrés et des allocations et pensions pour les victimes de la terreur fasciste. » (CNR, 1944, *souligné par nous*)

2.3 FMI et santé : la crise asiatique

Les liens entre réponse politique à la crise économique et l'état de santé des populations peuvent également être illustrés à travers l'analyse des interventions du Fond monétaire international (FMI) en tant que prêteur pour les pays en crise. Que cela soit dans les pays d'Europe de l'Est, en Afrique, en Amérique Latine ou en Asie, le FMI est une institution monétaire qui octroie des prêts aux pays en difficultés à la condition que ceux-ci appliquent une politique d'austérité. En comparant des pays qui ont accepté ou refusé les conditions du FMI, des travaux récents ont pu mettre en évidence la nocivité des plans d'austérité sur l'état de santé, plutôt que la crise économique elle-même. Le cas de la résolution de la crise asiatique à la fin des années 1990 illustre parfaitement cette thèse (Basu et Stuckler, 2013).

Au début des années 1990, les pays du sud-est asiatique comme la Thaïlande, l'Indonésie et la Malaisie ont connu une croissance régulièrement supérieure à 5 % par an. Si la Banque mondiale salue la performance des « Tigres asiatiques », en 1997 l'économie de cette région s'effondre. Le taux de change des monnaies locales chute brutalement : moins 75 % pour le bath thaïlandais et moins 80 % pour la roupie indonésienne. Le prix de la nourriture double et la dette publique s'envole. En un an, le taux de pauvreté indonésien passe de 15 à 33 %. En

réponse à cette situation, comme à son habitude, le FMI proposa une série de prêts visant à stabiliser la situation en échange de l'application d'une politique d'austérité : réduction des budgets dans le domaine de la santé, dans le domaine de l'éducation, réductions des aides financières directes, etc. Si la Thaïlande et l'Indonésie ont accepté ce traitement de choc, la Malaisie a refusé l'aide du FMI et, au contraire, ce pays a mis en place un programme de relance de 7 milliards de ringgits. La réponse différente à une situation semblable crée les conditions d'une nouvelle expérience naturelle dont les résultats ont été étudiés dans différents travaux.

En 1998, le PIB a chuté de 27 % en Thaïlande et de 56 % en Indonésie (34 % en Malaisie). Entre 1997 et 1998, le taux de pauvreté a cru de façon beaucoup plus significative en Thaïlande et en Indonésie qu'en Malaisie. Le taux de suicide a atteint plus de 60% en Thaïlande. Une famine importante a frappé la Thaïlande et l'Indonésie, ce qui a causé une augmentation de 22% des femmes enceintes anémiques en Thaïlande, une baisse du poids moyen des nouveaux nés, une hausse de mortalité infantile et une augmentation du sous poids à l'école primaire (en Thaïlande et en Indonésie). Pour répondre à cette situation le FMI a demandé l'arrêt des aides alimentaires pensant que cela permettrait au marché de renaître. Les prix des médicaments et des traitements en centres de santé public ont été augmenté de façon très significative (plus 67% en Indonésie). Au total, les dépenses de santé en Thaïlande ont été réduites de 15% en 1998 et de 13% en Indonésie (après un recul de 9% en 1997). En Indonésie, les dépenses de santé ont été réduites d'un quart entre 1996 et 2000.

De façon assez logique, ces coupes dans les budgets sociaux ont entraîné une réduction de l'accès aux soins (moins 33% pour les enfants indonésiens entre 10 à 19 ans), une pénurie de médicaments (notamment concernant les antibiotiques, les compléments alimentaires et les pilules contraceptives) et la fermeture de centres de santé. L'austérité a par ailleurs annihilé les progrès de la lutte contre le VIH en Thaïlande. Au début des années 1990 un vaste programme de distribution gratuite de préservatifs avait été mis en place avec un budget de 2 millions de dollars en 1992 à 88 millions de dollars en 1996. En généralisant l'usage des préservatifs (de 25 % à 90 %), ce programme a permis de contenir l'évolution d'une épidémie qui était pourtant en très forte croissance jusqu'en 1993 : en 1990, on comptait 100 000 nouveaux cas contre un million trois ans plus tard. Avec la crise et l'intervention du FMI, le budget de la santé en Thaïlande s'est drastiquement réduit en 1998 (moins 54%) dont une baisse de 33% du budget de la lutte contre le VIH. En 2000, ce budget représentait un quart de sa valeur avant crise : alors que 60 millions de préservatifs étaient distribués en 1996,

seulement 14.2 millions ont été distribués en 1998. Ce recul des budgets sociaux a eu pour impact une hausse du nombre de patients atteints de VIH : 40.9 pour 100 000 patients atteints en 1997 et 43.6 pour 100 000 patients atteints en 1998. Le nombre d'orphelins atteints du sida est passé de 15 400 en 1997 à 23 400 en 2001. La moitié de ces enfants qui n'ont pas été traités sont décédés avant 5 ans. Au-delà du VIH, alors que le nombre de décès par maladies infectieuses avaient baissé au rythme de 3.2 pour 100 000 par an, ce taux s'est mis à augmenter à partir de 1998 à 7.8 pour 100 000 par an. La cause évidente de cette dégradation de l'état de santé de la population est l'absence de traitement et de prévention liée à la réduction des budgets sociaux.

Ce drame de santé publique n'est cependant pas naturel : il est lié à un choix de politique publique (Basu et Stuckler, 2013). En Malaisie, pays aussi durement touché par la crise que la Thaïlande et l'Indonésie, le gouvernement a choisi d'exercer un contrôle des prix des denrées alimentaires, un contrôle de la spéculation boursière ainsi que d'autres mesures visant à contenir les effets néfastes de la crise économique. Les programmes alimentaires ambitieux ont eu pour effet d'éviter tout problème de famine et de malnutrition dans l'ensemble de la population. Pendant la crise, le budget de la santé a augmenté de 8 % (entre 1998 et 1999) ce qui s'est traduit par une hausse de 18% du nombre de personnes ayant recours au système de santé publique. Paradoxalement, la Malaisie a été le seul pays à atteindre les objectifs du FMI en termes de déficit public et de dette publique... sans avoir suivi ses conseils. En 1997, le pays affichait un excédent budgétaire sans avoir réduit ses dépenses de protection sociale. Non seulement l'austérité (et non la crise) est à l'origine des problèmes de santé mais, en plus, il semble qu'elle ne permette pas d'atteindre les objectifs économiques fixés.

3. Un cas d'école : La comparaison Grèce / Islande

La crise économique qui frappe le monde depuis 2007 offre une occasion exceptionnelle de confirmer l'hypothèse selon laquelle ce n'est pas la crise qui détériore l'état de santé des populations mais la réponse politique à la crise – en termes d'austérité ou de relance. Les cas symétriques de l'Islande et de la Grèce permettent en effet d'étudier deux réponses politiques très différentes à la crise économique (Basu et Stuckler, 2013). Alors que l'Islande a préféré refuser l'aide du FMI et conserver son système social protecteur, la Grèce fait figure de bon élève eu égard aux critères édictés par le FMI, la Banque centrale européenne et la commission européenne. Or, il apparaît que le bon élève obtient les plus mauvais résultats

économiques et sanitaires alors que le cancre, coupable d'insubordination, obtient les meilleurs résultats économiques et sanitaires.

3.1 L'insubordination islandaise

L'Islande est un pays d'environ 320 000 habitants⁷³ qui a été gravement touché par la crise économique en 2008 : les plus grandes banques du pays ont fait faillite, l'indice boursier a perdu 90% de sa valeur et le PIB a décliné de plus de 5%. Le système de santé étant entièrement financé et géré par l'Etat, comme pour d'autres pays, la crise était une menace sanitaire de premier ordre. Pour comprendre la réaction politique de l'Islande à la crise (et ses conséquences sur l'état de santé de la population), il est nécessaire de revenir sur l'évolution économique du pays avant la crise. Pendant les trois premiers quarts du 20^{ème} siècle le pays était essentiellement un pays vivant de la pêche et du tourisme. A l'issue de cette période le gouvernement islandais a entrepris de faire de Reykjavik une place forte de la finance internationale. Dans ce nouvel environnement économique, l'un des outils financiers symbole de la crise islandaise a été créé au milieu des années 2000 : l'Icesave. Cet instrument financier est un fond de placement garantissant un rendement minimal 6% (bien supérieur à la moyenne). Près de 300 000 épargnants britanniques ont placé leur fonds de pension dans les Icesave. En 2007, l'Islande était le 5^{ème} pays le plus riche au monde avec un PIB par habitant de 60 % supérieur à celui des Etats-Unis et un taux de chômage proche de 2 %. Trois des plus grandes banques du pays sont entrées dans le top 300 des trusts d'investissements.

En 2008, la crise économique aux États-Unis a fait s'écrouler l'économie Islandaise – celle-ci ayant massivement investi dans les subprimes et autres actifs étatsuniens. Entre 2008 et 2010, le PIB a chuté de plus de 13 % et le chômage s'est élevé à plus de 7%. 40 000 propriétaires ont été incapables de rembourser leur prêt immobilier en raison de leur baisse de revenu et 1 000 maisons ont été saisies⁷⁴. La dette totale du pays est montée à 900% du PIB, soit la deuxième plus élevée au monde. Leurs actifs ayant perdu l'essentiel de leur valeur, les banques islandaises n'ont pas pu servir les intérêts d'IceSave ce qui a causé des tensions internationales avec la Grande-Bretagne (dont certains épargnants ont perdu les économies d'une vie). L'Union européenne ne voulant pas aider l'Islande, le pays s'est tourné vers le FMI en 2008. Cette institution s'était engagée à prêter 2.1 milliards contre des mesures

⁷³ Notons en comparaison que la ville Nice, qui est la 5^{ème} ville française en termes de taille de la population, comptait environ 343 000 habitants en 2012.

⁷⁴ Chiffres à mettre en rapport à la population de 320 000 habitants.

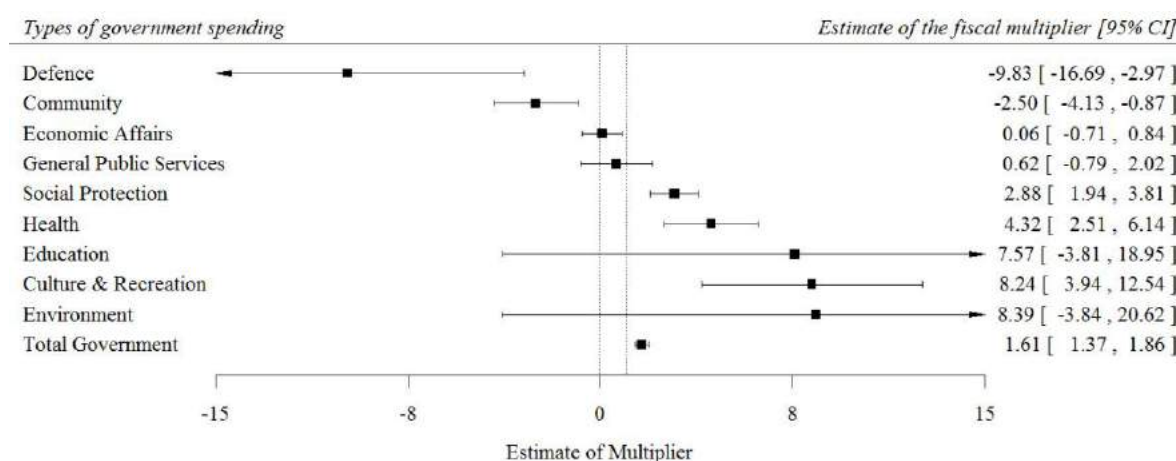
d'austérité drastiques : baisse des dépenses publiques de 15% (dont 30 % de baisse des dépenses de santé) et 50 % des revenus bruts de l'Islande devaient revenir aux investisseurs privés entre 2016 et 2023. Autrement dit, le contribuable devait payer pour les mauvaises décisions des banques et des banquiers qui se sont le plus enrichis sur la période (notamment *via* les Icesave).

Un débat intense s'est installé en Islande sur la marche à suivre : accepter l'aide du FMI au prix de l'austérité ou ne pas rembourser les dettes des banques privées au risque de mécontenter les institutions bancaires. Du point de vue purement économique, et cela bien au-delà du cas de l'Islande, le débat s'est focalisé sur la valeur du multiplicateur budgétaire, inférieur ou supérieur à 1. Dans une perspective keynésienne, le multiplicateur budgétaire exprime les bénéfices (ou les pertes) liées à l'investissement public. Le FMI estimait à ce moment-là que pour 1 dollar dépensé par le gouvernement l'économie perdait 0.5 dollar (multiplicateur estimé à 0.5). Selon cette estimation, réduire les dépenses publiques améliorerait l'état de l'économie.

Pourtant, d'autres calculs montrent des résultats radicalement contraires. A partir d'une base de données de 10 ans sur 25 pays de l'Union européenne plus le Japon et les Etats-Unis, Reeves et al. (2013) estiment que le multiplicateur budgétaire s'élève à 1.7 : l'austérité engendre la récession et la relance engendre la croissance. Par ailleurs, cette étude montre que le multiplicateur budgétaire diffère selon le type de dépense (Tableau 6.2). Le multiplicateur pour les dépenses de santé est supérieur à 4 et celui des dépenses de protection sociale proche de 3.

Tableau 6.2. Multiplicateur budgétaire selon les catégories de dépenses publiques.

Reeves et al. (2013)



En dépit des résultats contradictoires sur les effets de l'austérité sur l'économie, le gouvernement Islandais était tout proche de signer un accord avec le FMI lorsque se sont déclenchées des émeutes en 2009. A la suite de ces événements, le gouvernement a organisé un référendum (le premier depuis celui sur l'indépendance vis-à-vis du Danemark en 1944) et 93% des votants se sont opposés à l'austérité. Ce choix de politique publique a été central sur l'état de santé de la population. Entre 2007 et 2010, c'est-à-dire pendant les pires années de crise, contrairement à ce que l'on observe par ailleurs, le taux de mortalité a continué à diminuer, le taux de suicide est resté constant et, le nombre de crises cardiaques n'a pas augmenté (Stuckler et al., 2008).

La crise économique n'a pas eu d'effet nocif sur la santé. La dépense publique (y compris les dépenses de santé) est passée de 42.3 % du PIB en 2007 à 57.7 % en 2008. La dévaluation de la monnaie a rendu difficile l'importation de médicaments mais cela a été compensé par une augmentation des dépenses : 380 000 à 453 000 couronnes par personne entre 2007 et 2009. La dévaluation, si souvent redoutée, n'a pas eu d'effet sur l'accès aux soins. Les dépenses de protection sociale sont passées de 2.2 milliards de dollars en 2007 à 3 milliards en 2009 (soit de 21 à 25 % du PIB). Les dettes privées ont souvent été partiellement annulées ou bien le gouvernement a aidé les débiteurs à payer leur dû. 4 000 foyers ont été aidés en 2007, et 7 000 en 2010, ce qui a permis de ne pas voir augmenter le nombre de sans-abris. Sur le plan strictement économique, en 2012, la croissance était de 3 % et le taux de chômage repassait sous les 5 %. La même année l'Islande réalisait les premiers remboursements internationaux sur ses dettes⁷⁵.

3.2 Le bon élève grec

Le cas de la Grèce offre le contre-exemple parfait du cas Islandais (voir Burgi, 2014 pour une synthèse). La sévérité de la crise était initialement comparable mais la réponse à la crise économique a engagé la Grèce sur une voie dramatique pour la santé publique : par exemple, entre janvier et mai 2011, les cas de VIH ont augmenté de 200 % et le nombre de sans-abris s'est élevé de 25% entre 2009 et 2011.

⁷⁵ La Grande-Bretagne et les Pays-Bas sont toujours en litige avec l'Islande du fait du non remboursement des Icesaves. Les tribunaux internationaux sont en train de juger cette affaire.

Avant crise, la situation économique grecque était ambivalente : d'un côté, l'admission du pays dans la zone euro a été à l'origine d'un boom économique sans précédent (nombreux investissements étrangers, financement européens, accès facilité au crédit, etc.), d'un autre côté, la Grèce enregistrait un déficit public annuel de 5% lié à une réduction du taux de prélèvement obligatoire (par exemple, les taxes sur les entreprises passées de 40 à 25 % entre 2000 et 2007). Si la situation du pays n'était pas parfaite, rien ne permettait d'imaginer l'ampleur de la crise qui allait arriver. Selon Basu et Stuckler (2013), il est possible de distinguer trois chocs économiques principaux :

- Choc de la demande pour les produits et services grecs. Entre mai 2008 et mai 2009, l'indice de la bourse d'Athènes a chuté de 60%. Les secteurs économiques clés commencent alors leur déclin : baisse des exportations agricoles, baisse de l'activité liée au tourisme et arrêt des constructions. La résolution (très partielle) de la crise bancaire n'a pas résolu la crise de l'économie réelle : le revenu moyen des foyers grecs a diminué de 0.2% en 2008 puis de 3.3% en 2009, le pire étant à venir.
- Choc des chiffres réels. L'une des singularités du cas grec est la falsification des données économiques avant la crise. Par exemple, certaines dettes ont été retirées des comptes nationaux. En 2010, il a été révélé que le gouvernement avait versé des centaines de millions de dollars de commission à Goldman Sachs pour un audit qui consista à dissimuler le véritable niveau d'endettement du pays et permettre ainsi à la Grèce de respecter les critères d'entrée dans la zone euro. En réalité, l'endettement était passé de 105 % du PIB en 2007 à 143 % en 2010. Ce choc des chiffres réels a eu pour effet de démultiplier la panique bancaire dont souffrait la Grèce au plus fort de la crise. Le taux d'intérêt appliqué au pays est passé de 2 % en 2009 à 10 % en 2010. Ces événements ont dégradé les performances de l'économie grecque. En 2010, la Grèce a souffert d'une récession de 3.4 % et le taux de chômage est passé de 7% en mai 2008 à 17 % en mai 2011 (40 % chez les jeunes à la recherche d'un premier emploi).
- Choc de l'austérité. En 2010, la Grèce se tourne vers le FMI qui lui propose son aide en échange d'une politique d'austérité : privatisations et réductions des budgets de protection sociale contre 110 milliards d'euros sur 3 ans. Si les créanciers acceptaient une réduction de moitié de la dette, le plan prévoyait 23 milliard de coupes budgétaires sur 3 ans (soit 10 % du PIB) et la vente de 60 milliards d'euros d'entreprises publiques. Les fonctionnaires sont les premiers ciblés par le biais de licenciements et

de la réduction des salaires et des retraites. Parallèlement, 2000 policiers ont été recrutés et formés aux techniques anti-émeutes et des gaz lacrymogènes et des blindés ont été achetés pour renforcer la police et l'armée. L'application sans vote de ce plan de sauvetage avait pour objectif de faire passer le déficit grec de 14 à 3 % du PIB d'ici à 2014.

Dans le domaine de la santé, l'objectif était de stabiliser le montant des dépenses publiques de santé dans le PIB à 6% (contre 10 en Allemagne, par exemple). Pour atteindre cet objectif, il était notamment prévu de réduire les dépenses de médicaments en consultation externe de 1.9 à 1.3 % du PIB. Les conséquences de l'austérité ont été tragiques (Kentikelenis et al., 2010, Ifanti et al. 2013, Quaglio et al. 2013). En 2009, le budget consacré à la santé a chuté de 26 à 16 milliards d'euros. En 2010, après la mise en place du premier plan de sauvetage, la compagnie pharmaceutique Novo-Nordisk a quitté la Grèce du fait des coupes budgétaires : l'Etat grec lui devait 36 millions d'euros et 50 000 diabétiques ont été privés d'insuline. En 2009, 15% de personnes de plus se considéraient en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à 2007. Entre 2007 et 2009, l'accès aux soins a chuté de 15%. La conséquence directe a été la chute de fréquentation des cliniques privées, en raison de l'insolvabilité d'une partie de la population, alors que les consultations en hôpital public ont augmenté de plus de 25%. En dépit de cette bascule entre consultation privées et publiques, la contrainte d'austérité a débouché sur la suppression de 35 000 emplois de soignants, médecins et professionnels de santé publique. La baisse des salaires des médecins a ressuscité la pratique des pots-de-vin destinés à éviter les files d'attente... qui s'allongent. Les auteurs estiment à 60 000 le nombre d'individus de plus de 65 ans qui ont dû se passer de soins depuis la récession. Le taux de suicide chez les hommes a augmenté de 20 % entre 2007 et 2009. L'état sanitaire de la population favorise le déclenchement de maladies comme l'épidémie de la fièvre du Nil occidental en 2010, la malaria en Attique de l'Est et en Laconie. La Grèce est le seul en Europe avec une recrudescence des infections au VIH – infections liées essentiellement à l'usage d'aiguilles infectées. Entre janvier et octobre 2011, les nouvelles infections ont été multipliées par 10. L'usage de l'héroïne a augmenté de 20 % entre 2010 et 2011. Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé préconise l'usage d'environ 200 aiguilles propres par consommateur de drogue par an pour éviter le développement du VIH, les coupes dans les budgets sociaux ont fait chuté ce chiffre à 3 en Grèce. Dans le même temps, le délai pour obtenir une place en centre de désintoxication à Athènes est passé à plus de trois ans.

En 2012, le FMI a reconnu que ses plans ont fait plus de mal à la Grèce que prévu. Le multiplicateur keynésien était estimé à 0.5 mais il était en réalité supérieur à 1. En 2014, la dette publique atteignait presque 200 % du PIB contre 110 % avant la crise. Concernant le déficit public, celui-ci devrait atteindre 5% en 2015. Les objectifs de la troïka n'ont pas été atteints mais l'état de santé de la population s'est considérablement dégradé. En dépit de tous ces résultats, un quatrième plan d'« aide » a été signé en août 2015. Comme le souligne Basu et Stuckler on peut alors supposer que l'austérité ne répond pas à une logique économique mais politique : « obéissez aux règles de l'élite bancaire sinon... » (Basu et Stuckler, 2013, p. 172).

Les quelques éléments de preuves rassemblés dans ce chapitre 6 sur la relation entre dépense publique et santé illustrent l'intérêt vital de la dépense publique. L'insécurité économique conduit à une détérioration de l'état de santé des populations que seule la puissance publique a les moyens d'enrayer. L'abondance des travaux empiriques sur le sujet nous amène à nous demander pourquoi les politiques sociales ne sont pas maintenues et renforcées en période de crise. Pour avoir une réponse à cette question il est alors nécessaire de tourner le regard vers ce qui est protégé et garanti coûte que coûte – notamment au péril de la population, celle-là même que sont sensés défendre les représentants élus. Comment se justifie cette préférence politique pour la dégradation de l'état de santé des populations ? Qu'est ce qui lui est préféré ?

Conclusion de la deuxième partie

Cette deuxième partie s'est construite à partir d'un double constat. Celui de la critique de la dépense publique, induisant la recherche de nouvelles formes de légitimité pour l'Etat, d'une part. Celui de la critique du PIB comme indicateur de richesse des sociétés, d'autre part. De là, la thèse défendue dans cette partie est que non seulement la puissance publique produit de la richesse mais aussi que, par la spécificité de sa production, elle possède déjà en elle les potentialités d'un dépassement de la croissance comme unique moteur du monde. Parmi différentes productions spécifiques possibles (éducation, culture, sécurité, etc.) nous avons privilégié l'étude de l'état de santé parce qu'il est une aspiration commune à l'ensemble des populations. Il ne s'agit pas de voir ce que le fonctionnement actuel de l'économie fait à un secteur particulier de l'activité, la santé. Nous proposons de retourner la hiérarchie en utilisant la santé comme un indicateur permettant d'évaluer l'ensemble du fonctionnement de nos économies. Dans cette perspective générale nous pouvons synthétiser nos résultats en trois points principaux.

Premièrement, la dépense publique n'est pas un puit sans fond rendu possible par la ponction du public sur le secteur privé. L'une des utilisations principales des fonds publics relève de la redistribution directe ou indirecte aux ménages (prestations sociales en nature ou en espèce). En ce sens, réduire la dépense publique, c'est réduire le revenu disponible des ménages. Or, cette réduction des prélèvements obligatoires, qui est intégralement (ou presque) reversée aux ménages, n'est pas neutre puisque l'intervention publique a pour caractéristique de réduire les inégalités de revenus. Pour les autres formes de dépense publique, notamment pour la masse salariale, celles-ci correspondent à une production : les enseignants produisent, les administratifs produisent, les juges produisent, etc. La réduction de la dépense publique signifie également la réduction de cette forme spécifique de production, alternative au secteur privé et notamment au secteur marchand. Nous ne vivons donc pas dans des économies de marché mais dans des économies mixtes où la production de la puissance publique possède une égale légitimité que les autres formes de production (privée à but lucratif ou non).

Deuxièmement, nous avons montré que la puissance publique dispose d'arguments pour légitimer sa propre production. En effet, lorsque la puissance publique contribue à la réduction des inégalités, cela améliore l'état de santé pour tous. Indépendamment des effets

des systèmes de protection sociale sur le PIB, il devient de toute première importance de dire que parce que ces systèmes réduisent les inégalités, ils ont une valeur en soi : ils produisent une meilleure santé. Ce qui vient d'être dit pour les systèmes de protection sociale peut être généralisé à d'autres formes d'intervention de l'Etat : imposition progressive, imposition sur les revenus plutôt que sur la consommation, seuils maximums et minimums de rémunération, etc. Potentiellement, toute forme de réduction des inégalités, permet aussi d'améliorer l'état de santé de la population.

Troisièmement, dans le même esprit que précédemment, nous avons vu que les politiques de relance en cas de crise économique sont bénéfiques pour la santé de la population. Ainsi, l'absence de politiques audacieuses en matière de logement, de santé, etc. au profit de politiques d'austérité a pour effet de réduire l'espérance de vie des populations. Cette situation est d'autant plus étonnante que le monde n'a jamais été aussi riche. Les cas extrêmes de l'Islande et de la Grèce le démontrent : indépendamment des effets sur le PIB, que l'investissement public et le secours à la population permettent de sauver des vies.

Bien évidemment ces résultats reposent sur l'idée que la production publique et la production privée ont des caractéristiques différentes. Substituer de la dépense publique par de la dépense privée n'est pas neutre. C'est parce que la production publique est particulière, parce qu'elle obéit à d'autres règles, qu'elle permet de sauver des vies. La troisième partie de ce rapport étaye cette thèse en montrant que dans certains secteurs d'activité, la production publique a des vertus que ne peut arborer la production privée.

Partie 3. Santé et Education : deux cas exemplaires de privatisations

La critique de la dépense publique est souvent menée au nom du poids qu'elle fait porter sur les acteurs privés. En pesant sur le privé, elle constituerait une *charge* dont le secteur privé pourrait soit se passer soit assumer à moindre frais. On peut en effet supprimer la dépense publique et sa contrepartie en arguant qu'elle est inutile. On peut aussi décréter que les missions publiques seraient mieux assumées et à moindre coût par le secteur privé. La stratégie de privatisation dont cette partie cherche à livrer une analyse globale traduit l'ambition de réduire la taille du secteur public sans renoncer à la satisfaction des besoins s'ils sont dorénavant pris en charge par le privé. Le prélèvement public devient un prélèvement privé qui est jugé plus vertueux.

L'analyse est menée à partir de deux cas exemplaires : la santé et l'éducation. Le choix de ces deux secteurs d'activité est motivé par plusieurs considérations :

Santé et éducation détiennent les influences les plus importantes sur la qualité de vie et cristallisent ainsi l'espérance du « vivre bien ». Capabilités essentielles au développement de la vie humaine sans lesquelles il n'y a pas de liberté réelle, santé et éducation déterminent les trajectoires économiques et sociales des individus et définissent en grande partie les opportunités de chacun de mener sa vie (Sen, 1993).

La question de la liberté individuelle proclamée en 1789 a été largement invalidée par le paupérisme. Cette liberté est un leurre quand la majorité de la population est maintenue dans la misère. Il n'y a pas de liberté sans sécurité. Cette ambition a été réalisée par les lois sur l'école et la santé qui sont des éléments moteurs de l'émancipation des individus et de leur participation à la société (Bec, 2014). Santé et éducation apparaissent comme des éléments déterminants de la démocratie.

Dans cet esprit, santé et éducation relèvent du « fait social total » en enchevêtrant différentes dimensions, juridique, économique, sociologique, religieuse pour réaliser, dans l'organisation de l'accès aux soins de santé et au système éducatif, le pacte social qui constitue une société. La primordialité de la santé et de l'éducation oblige à reconnaître que les problèmes de justice (ou d'injustice), d'égalité ou d'inégalité des chances s'expriment avec une intensité

particulière quand ils touchent la délivrance et la distribution des ressources sanitaires et éducatives.

En dépit de l'ambition éthique qui caractérise ces deux secteurs, ils restent des marqueurs de la stratification sociale. On sait à quel point la réussite scolaire est impactée par l'origine sociale. De la même façon, les différences d'état de santé sont essentiellement des différences sociales, les conditions sociales d'existence s'inscrivant violemment dans les corps. Les plus pauvres, les plus précaires, les plus fragiles sont aussi ceux dont l'état de santé est le plus altéré et pour lesquels la maladie est une épreuve plus rude que pour ceux qui disposent d'un autre capital culturel.

Santé et éducation sont considérées comme des droits universels et des témoins du bien être individuel et collectif, assuré par un service public. Si leur poids dans le PIB est important (12 % du PIB pour la santé et 6 % pour l'éducation en France), les deux secteurs sont aussi porteurs d'effet de long terme et sont des indices de développement durable d'une société.

Pour autant, les deux secteurs sont largement critiqués pour le poids trop lourd qu'ils feraient subir aux finances publiques, pour leur gestion et leur administration qui seraient jugées peu performantes. En période d'austérité budgétaire, santé et éducation sont souvent en première ligne et subissent de plein fouet les effets des politiques économique restrictives. Ce sont les deux secteurs qui ont été les plus sacrifiés par les politiques d'austérité en Europe depuis 2010, et particulièrement en Europe du Sud. Ce sacrifice touche avant tout les dépenses publiques. Les dépenses publiques d'éducation et de santé ont baissé davantage que les dépenses totales de santé et d'éducation (IRES, 2014).

La réduction des dépenses publiques de santé et d'éducation se heurte à la primordialité des deux secteurs et à l'ambition des populations à pouvoir accéder à ces biens essentiels. C'est le recours à la dépense privée qui est convoqué pour satisfaire les besoins en maîtrisant ou réduisant les ressources publiques. Il ne s'agit pas de renoncer à satisfaire les demandes concernant l'accès aux soins ou à l'éducation, ni même à diminuer les dépenses mais à les orienter vers le secteur privé.

Cette évolution est récente et va à rebours de l'histoire de ces deux secteurs où c'est au contraire une stratégie de « publicisation » qui a dominé. Le législateur a en effet cherché à rendre public et accessible à tous ce qui était réservé à quelques-uns par financement privé. Depuis les années 1980, une orientation nouvelle s'est dessinée critiquant la dépense publique et invoquant un recours accru à la prise en charge privée de ces biens essentiels.

Si baisser la dépense publique est un mot d'ordre partagé, il ne supprime pas la nécessité de la dépense. Dans bien des cas, la dépense doit être assumée. Si elle n'est pas publique, elle doit alors être privée. La critique de la dépense publique se meut alors en promotion de la dépense privée. L'argument théorique vient de la théorie économique des marchés où la dépense privée est parée de vertu car elle fait apparaître un prix pour acquérir un bien ou service. La gratuité ou l'apparence de gratuité que recouvre la dépense publique est suspectée de gaspillage. Ne pas payer encouragerait à la dépense.

Ce diagnostic appelle automatiquement sa thérapeutique : si la dépense publique est le problème, la dépense privée est la solution. La dépense privée et le développement du marché qui y est lié, en encourageant la responsabilité individuelle et la libre prévoyance serait à même de lutter contre le gaspillage de ressources. L'éloge de la dépense privée est ainsi très large : elle est plus efficiente car elle limite la dépense. Elle est aussi plus morale car elle évite le gaspillage et la fraude. Elle est aussi plus équitable car elle assure l'égalité des chances. Nous montrons dans cette partie, en nous appuyant sur les secteurs de la santé et de l'éducation que ce discours se traduit par une pluralité de privatisations, allant du transfert de charge du public au privé jusqu'à la promotion des techniques du secteur privé dans les gestions des organismes de santé et d'éducation (chapitre 7). Nous montrons ensuite à quel point ces stratégies sont inégalitaires et inefficaces dans le cas de la santé (chapitre 8) comme de celui de l'éducation (chapitre 9).

Chapitre 7. Une cartographie des privatisations

On cherche dans ce chapitre à illustrer par le concept de « privatisation », la trajectoire suivie depuis les années 1980 et le dénigrement dont fait l'objet la dépense publique. Dans un sens juridique, le terme privatisation désigne un type de propriété, souvent associé à poursuite du profit. La privatisation concerne alors l'ouverture du capital des entreprises publiques par exemple.

Cette définition stricte ne convient pas à nos domaines d'étude : la santé et l'éducation. En effet, les privatisations ainsi définies y sont rares. Si certains hôpitaux ont changé de statut juridique en Allemagne et dans un moindre degré, en Suède et en Autriche, passant du public au privé, on n'enregistre pas cette évolution en France. Par ailleurs, la notion de secteur privé en santé est ambiguë car il existe des organisations privées à but lucratif et à but non lucratif. Le plus souvent les organisations privées à but non-lucratif sont soumises à la même législation ou réglementation que le secteur public. Dans le domaine de la santé, les différences entre ce qui relève du public et du privé ne peuvent ainsi se réduire à des entités de propriété juridique ou immobilière des équipements. En matière d'éducation, le changement de statut juridique est aussi limité. Il existe des établissements à statut privé et sous contrat avec l'Etat mais pas de transfert de propriété juridique.

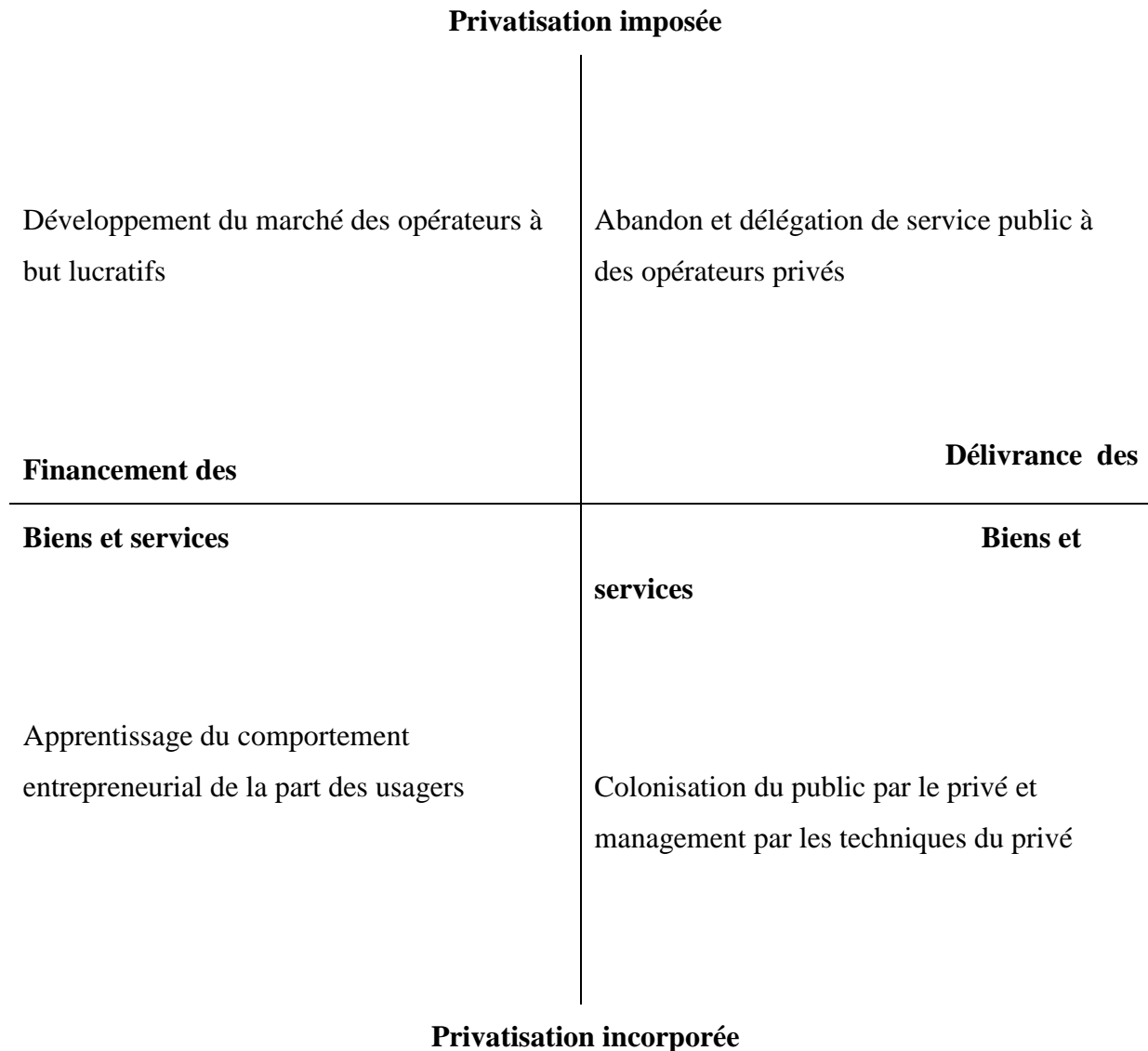
Compte tenu de ces réserves, on propose de désigner par le terme « privatisation » l'organisation d'un transfert du public vers le privé. Ce transfert peut être de nature financière : ce qui était payé ou pris en charge par le secteur public est dorénavant réservé au secteur privé dans le cas des remboursements des frais médicaux par exemple. Ce qui était géré par le secteur public peut aussi être désormais dévolu au privé : ici le transfert ne porte pas sur le financement de telle ou telle activité mais sur les méthodes de gestion à employer. C'est dans cette perspective que nous utilisons la notion de privatisation car la vision juridique est trop limitée pour saisir la critique dont fait l'objet la dépense publique et il existe au total peu de privatisation juridique. Par contre, le dénigrement du public va de pair avec les louanges adressées au privé à la fois dans le financement des biens et services publics et dans l'organisation de ces services. La privatisation désigne aussi la conception selon laquelle le bonheur du plus grand nombre passe désormais par le privé et ses techniques de management.

1. Une pluralité de privatisations

Ainsi, le concept de privatisation que nous mobilisons concerne non seulement les nouvelles prérogatives acquises par des organisations à but lucratif mais aussi la façon de concevoir les comportements des acteurs et à de penser la délivrance des services publics dans les termes d'un bien privé. La privatisation est également celle des esprits. Le graphique 7.1 dresse un panorama de cette diversité des privatisations (Batifoulier, 2014).

On distingue sur l'axe horizontal la cible de la privatisation qui peut concerner le financement des biens et services publics ou la délivrance de ces services. Sur l'axe vertical, on s'intéresse au processus de privatisation qui peut relever de deux logiques. Lorsque les individus doivent se soumettre à de nouvelles règles du jeu qui privatisent les biens et services, la privatisation est imposée. La privatisation peut aussi être portée par les acteurs eux-mêmes. Elle agit alors comme une rationalité, considérée comme une norme de vie ou une façon de penser (Dardot et Laval, 2009). On parlera dans ce cas de « privatisation incorporée ». Il s'agit ici de prendre en compte de l'évolution de la culture des agents de service public qui sont de plus en plus encouragés à adopter les représentations et les comportements typiques du secteur privé. Ils ont internalisé les représentations véhiculées par la privatisation. Aussi bien dans le domaine de la santé que de l'éducation, la privatisation concerne des modes de gouvernance et des modes de financement.

Graphique 7.1 : Une pluralité de privatisations.



Le concept de « privatisation » ne prétend pas à l'analyse exhaustive du mouvement « réformateur » des années 1980. Ces réformes s'inscrivent dans des logiques historiques, et sont spécifiques et situées.

La privatisation telle que nous la définissons se présente comme un concept opérationnel pour penser le changement et permettant de désigner sous un même vocable des problématiques différentes comme la réforme de l'hôpital, la loi relative aux Libertés et Responsabilités des Universités (LRU) ou plus généralement le développement des partenariats public-privé : ce sont différents types de privatisation. On cherche ainsi à présenter un cadre cognitif commun pour penser les réformes.

La notion de privatisation s'entend dans un sens dynamique : elle décrit le passage du public au privé, sous des formes diverses. Elle insiste sur le rôle majeur de l'Etat dans ce processus qui consiste à se dessaisir de ses prérogatives et à critiquer, pour une part, sa propre intervention.

2. Le développement du marché des opérateurs à but lucratif

Le cadran nord-ouest désigne le choix de des pouvoirs publics pour un développement privé du financement des biens et services qui relevaient auparavant d'un financement public. On retrouve particulièrement ce choix en matière de protection sociale avec la réduction du périmètre public. Les prestations familiales ont décroché par rapport à l'évolution du niveau de vie. L'État a réduit sa contribution au financement du logement social. C'est surtout en matière de santé et de retraite que les changements sont les plus marqués. Il en va ainsi parce que ces deux postes représentent près de 80 % des dépenses sociales en France. Le financement de la santé est dans cet esprit le principal responsable du déficit de la Sécurité sociale.

En matière de santé, le patient est davantage mis à contribution par le retrait de l'assurance maladie, particulièrement pour les soins courants (où la part publique est de 55%) du fait des tickets modérateurs, forfaits ou franchises ainsi que des dépassements d'honoraires. Les réformes successives des retraites ont programmé une baisse drastique des taux de remplacement (la différence entre le dernier salaire et le niveau de la pension). Ces évolutions cherchent à réduire la dépense publique mais pas la dépense totale. Les individus sont en effet invités à se substituer à la dépense publique par un recours plus grand aux acteurs privés, les assurances complémentaires (mutuelles ou autres) pour les dépenses de santé et les produits de capitalisation (assurance vie, plan d'épargne retraite) pour les retraites. Ces évolutions sont orchestrées par les pouvoirs publics qui ne se contentent pas de réduire aveuglement les dépenses publiques. Le droit à l'accès aux soins s'est progressivement transformé en droit à l'assurance complémentaire, notamment avec la récente complémentaire d'entreprise obligatoire. L'épargne retraite est quant à elle encouragée à grand coup d'incitations fiscales (baisses d'impôt) et d'exonération de cotisations sociales (pour les plans retraite d'entreprise). Si l'Etat réduit son champ d'intervention, il n'est pas pour inactif dans les espaces nouvellement vacants. Au contraire, il veille à organiser la dépense privée par de nombreux mécanismes d'incitation.

Cette mutation est profonde. Elle modifie l'architecture de la protection sociale en substituant de la protection privée à la protection publique. Elle conduit donc à augmenter la dépense sociale privée. Elle consolide le rôle des entreprises dans les politiques sociales et développe le marché des assurances santé et retraite qui sont des secteurs lucratifs pour les groupes financiers. Si les opérateurs privés sont plus coûteux que l'opérateur public (du fait de multiples coûts pour payer les commerciaux, les actuaires, les gestionnaires de risque ou les avocats), leur chiffre d'affaires augmente avec le retrait de l'assurance publique. En développant l'espace de libre prévoyance, les protections sociales s'individualisent et se déconnectent des solidarités collectives.

En matière d'éducation, le souci des parents concernant la réussite scolaire se traduit par une défiance vis-à-vis des formations publiques (de type université) au profit des formations privées. Le boom des formations privées et la hausse des tarifs des grandes écoles font levier à la marchandisation de l'éducation (Parienty, 2015). Le centre de gravité de la formation initiale comme continue se déporte vers les organismes privés, plus chers et plus inégalitaires que le système public. L'analyse approfondie de l'offre de formation de ces écoles privées montre qu'elle est substituable à celle du secteur public (Casta, 2015). Ce qui relève d'une stratégie de substitution au service public réside également dans le fait que ces établissements privés mettent davantage en avant leurs accréditations avec l'État (plutôt que leur essence privée) afin de détourner vers eux une partie des étudiants du secteur public en jouant sur la porosité existante entre les secteurs publics et privés de l'enseignement supérieur en France (Casta, 2015). Ainsi, la population dans les écoles de commerce et d'ingénieur a doublé depuis 2000 (MESR, 2015).

Le développement du secteur privé d'éducation se lit également dans la croissance comparée des dépenses publiques et privées pour l'enseignement supérieur. D'après l'OCDE (2015), les dépenses privées au titre des établissements d'enseignement tertiaire auraient augmenté de 45 points de pourcentage entre 2005 et 2012 contre une évolution de 13 points de pourcentage dans la même période pour les dépenses publiques.

Outre le développement du secteur privé dans le domaine de l'éducation, trois éléments apparaissent comme caractéristiques de l'introduction de mécanismes marchands dans l'enseignement supérieur. Le premier, qui fera l'objet du chapitre 3.3, concerne le développement des frais d'inscription, aussi bien dans les écoles privées que dans les formations universitaires publiques, comme à l'Université Paris-Dauphine ou dans un nombre croissant de diplômes d'université (Moulin, 2014). Le deuxième concerne le caractère

national des diplômés d'université, qui a de moins en moins lieu d'être avec le développement des formations privées et des diplômés d'université, synonyme de multiplication de l'offre, propre à toute marchandise (Charle et Soulier, 2015). Le troisième élément tient à l'ingérence du secteur privé dans l'offre de formation, ces dernières étant de plus en plus sommées de créer des débouchés économiques et de s'ajuster aux besoins du marché du travail (Granger, 2015).

3. L'abandon de service public

La privatisation concerne également la délivrance des biens et services. Dans ce domaine, les pouvoirs publics ont délégué à des acteurs privés un certain nombre de tâches qui leur incombent. Cette privatisation par transfert de compétences (cadran nord-est) est imposée à l'utilisateur et fait rarement l'objet d'un débat démocratique. La réforme de l'hôpital, avec le transfert de mission de service public aux hôpitaux privés, fait figure de cas emblématique. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » en 2009 a supprimé le service public hospitalier pour lui substituer la notion de missions de service public, qui peuvent être attribuées indistinctement aux hôpitaux publics, aux établissements privés à but non lucratif et aux cliniques à but lucratif. La contractualisation avec les Agences Régionales de la Santé étant alors supposée accréditer de la qualité de la mission de service public. La notion même de service public devient un moyen de développer la concurrence car l'hôpital public n'en a plus le monopole et les opérateurs sont en compétition pour se voir octroyer les missions de service public. Le gouvernement actuel (en 2012) a rétabli la notion de service public.

La prise de pouvoir du secteur privé sur des activités dévolues au secteur public transite par les politiques de restriction budgétaire, voulues par l'Etat central. La pénurie organisée de moyens rend nécessaire le recours aux entreprises privées dans le cadre d'externalisation de tâches ou d'incitations à la contractualisation. Ces privatisations peuvent être qualifiées d'implicites quand elles sont induites par la réduction de recettes publiques. Elles transitent souvent par les collectivités locales qui sont dépositaires de nouvelles compétences mais sans avoir des moyens correspondants. Celles-ci sont alors incitées à développer des services bas de gamme (*low cost*), pour les soins (dentaires en particulier) ou en matière de prise en charge de la perte d'autonomie (la contrainte budgétaire est reportée sur les prestataires de services et surtout sur leurs employé(e)s).

Dans le secteur universitaire, guidé par des objectifs d'« excellence », il est simple de décréter l'introduction de solutions marchandes afin d'approcher les hautes sphères des classements internationaux (le plus connu étant celui dit de Shanghai). La gestion managériale des universités serait alors la seule capable de satisfaire ces objectifs. Les présidents d'Université deviennent des chefs d'entreprise, rémunérés en conséquence, et les primes individuelles pour les enseignants-chercheurs se multiplient afin d'installer une concurrence généralisée entre ces derniers, les laboratoires de recherche et les universités. À tous les échelons de l'Université, on retrouve désormais une forme d'évaluation, censée rendre la production académique efficiente et rentable. Aucun recul n'est pris sur ces indicateurs, tant pis s'ils ne sont pas adaptés au monde de la recherche qui est par définition le monde du temps long et de la liberté intellectuelle. Il faut rationaliser la gestion de la science et de l'éducation à partir de mesures objectivables de performance.

Aussi, la volonté de substituer des recrutements de contractuels de droit privé aux recrutements de fonctionnaire s'est largement affirmée ces dernières années. Assis sur l'argument d'un statut supposé rigide du fonctionnaire, le secteur éducatif a vu se développer les postes de contractuels, particulièrement dans l'enseignement supérieur pour faire des économies budgétaires. Les fonctions dévolues hier à des agents publics sont aujourd'hui assumées par des agents privés, le plus souvent à statut précaire qui « font fonction » d'agent public et ont souvent le même diplôme (quand ils sont français) que les agents publics mais pas la même rémunération. Actuellement, un chercheur et un enseignant-chercheur sur deux est dans une situation précaire (Granger, 2015). Cette précarisation, assurant une plus grande docilité des personnels, n'est pas la cause de la crise que connaissent les universités, mais bien sa condition. Ce sont les politiques néolibérales de privatisation qui ont affecté le monde de l'enseignement supérieur et de la recherche depuis les années 1980 qui ont conduit le monde universitaire à ce qu'il est aujourd'hui. L'autonomie des universités est rendue possible grâce à cette précarisation d'une main d'œuvre docile, les universités peuvent ainsi parvenir aux nouveaux objectifs qu'elles se sont vues fixer comme des entreprises : contrôler leur masse salariale et parvenir à l'équilibre budgétaire (à défaut de réaliser un profit).

Une autre stratégie consiste à laisser les opérateurs privées organiser l'accès à des biens ou services qui relevaient des prérogatives de l'autorité publique : du fait de la liberté d'installation, c'est la médecine libérale qui décide du maillage territorial de l'accès aux soins de premier recours et les déserts médicaux s'intensifient. Et il en va de même dans l'enseignement supérieur avec l'abandon progressif d'une offre de formation locale au profit

des grands pôles d'enseignement et de recherche atteignant une taille démesurée pour être visibles dans les classements internationaux. Les portails de cours en ligne ou MOOCS (**Massive Open Online Courses**) qui dispensent des cours en ligne peuvent être dispensés par les organismes privés. Ils ne délivrent pas de diplôme mais la certification est payante.

4. L'apprentissage d'un comportement entrepreneurial de l'utilisateur

La privatisation peut aussi agir de manière plus diffuse en modifiant de l'intérieur la conception que se fait l'utilisateur du service public (cadran sud-ouest). Contre la figure traditionnelle de l'administré ou du patient, il est davantage invité à se conduire en client et à modifier le regard qu'il avait sur les biens et services publics. Sans que cela soit imposé, les usagers peuvent se conduire ainsi en agent privé pour devenir entrepreneur d'eux-mêmes et laisser parler leur intérêt personnel.

Dans le registre éducatif, la hausse des droits de scolarité a fabriqué des clients qui en veulent pour leur argent, en formation initiale ou en formation continue. Le niveau de revenu des parents influe grandement sur le parcours scolaire des enfants et dope par exemple le marché des cours particuliers ou de soutien qui représente 1.5 à 2 milliards d'euros (Parienty, 2015). A cette logique du consommateur prévoyant, l'offre répond en augmentant ses prix.

En matière de santé, le développement des dépassements d'honoraires a activé chez les patients la recherche d'information sur les prix. Les remboursements de médicaments et plus généralement la mise en place de mécanismes de partage des coûts (forfait, franchise, etc.) incitent les patients à choisir ce qu'ils veulent financer par leurs propres ressources et ainsi à arbitrer entre le coût du médicament et son prix. L'analyse est la même concernant les stratégies mises en œuvre dans les établissements hospitaliers concernant le séjour du patient pour faire payer certains services à la libre initiative de l'hospitalisé (comme la chambre individuelle ou l'accès à la télévision). En matière de santé, les patients ne sont pas naturellement dans un état entrepreneurial. Ce sont les dispositifs publics qui les invitent à se conduire en sujet économique et à se former à la logique du choix rationnel s'appesantissant les avantages et les inconvénients de telle ou telle décision.

Il en va de la même façon dans le choix de l'établissement d'enseignement supérieur : l'arbitrage entre université et (grande) école est ainsi dicté par la visée d'une analyse coût-bénéfice et du rendement escompté de la formation en termes de débouchés, de réseaux, de

stages. La logique sous-jacente est celle de la théorie du capital humain de Becker (1964), selon laquelle, dans l'éducation, les individus font face à des choix et qu'ils prennent leurs décisions en comparant les coûts et bénéfices attendus de chacun de ces choix. L'étudiant rationnel décide alors d'entreprendre des études, en s'endettant s'il le faut, afin d'en tirer des rendements économiques privés (l'augmentation de salaire liée à la poursuite d'étude). Voir l'éducation sous cet angle revient à la ramener au rang d'une simple activité économique. Or, les réformes entreprises dans le domaine de l'éducation vont toutes dans ce sens et permettent de donner corps à un véritable marché de l'enseignement supérieur, qu'il s'agisse, par exemple, de l'adoption du parcours LMD (Licence, Master, Doctorat) dans le cadre du processus de Bologne (Garcia, 2009) ou de la prolifération des diplômes d'université. La matérialisation de cette théorie implique que l'Université inculque désormais aux étudiants de voir le monde avec un œil marchand dans lequel utilité et rentabilité sont les seuls mots d'ordre (Granger, 2015). L'éducation devient alors un bien privé permettant d'acquérir des compétences professionnelles dont la valeur n'existe que sur le marché du travail.

Il en va de même pour les produits de capitalisation où le marché incite fortement le futur retraité à se conduire en entrepreneur de lui-même. Le soutien à la consommation des ménages sous forme de chèques service ou d'incitations fiscales est particulièrement développé dans la petite enfance et la perte d'autonomie des personnes âgées. Si ces mesures bénéficient avant tout aux catégories aisées de la population qui peuvent s'offrir un service à la personne et bénéficier de la niche fiscale, elle active partout le calcul coût avantage et la recherche de l'optimisation fiscale.

5. La privatisation par colonisation du public par le privé

La privatisation intégrée dans la fourniture des biens et services (cadran sud-est) concerne les professionnels ou producteurs de ses services et non les usagers comme dans la situation précédente. Elle désigne la nouvelle gestion publique. L'exemple emblématique est encore celui de l'hôpital public – laboratoire de toutes les privatisations – qui connaît une privatisation modérée du financement du soin car les taux de prise en charge public y restent élevés. L'hôpital public n'a pas changé de statut juridique et n'a pas été privatisé dans ce sens en France (c'est le cas en Allemagne). La privatisation est autre. Elle repose sur la capacité du secteur public à se comporter comme le privé et à intégrer les règles venues du secteur privé à but lucratif.

Ce type de privatisation est porté par un projet constructiviste qui sollicite une façon de penser particulière. Il s'appuie sur les outils du Nouveau Management Public (NMP). Le NMP se présente comme une sorte de néo taylorisme général transposable partout. C'est pourquoi, il y a peu de différence entre son application aux universités ou aux hôpitaux. Il cherche à reformuler tous les problèmes en problèmes d'organisation. La réorganisation du travail à l'hôpital, à l'université, à la Poste, à Pôle Emploi, etc. se fait au non de la réalisation de gains de productivité. L'hypothèse fondamentale est qu'il existe des marges d'amélioration au niveau des acteurs pour atteindre les meilleurs résultats possibles à ressource identique. Plutôt que de promouvoir le « moins d'Etat », il s'agit d'abord d'organiser le « mieux d'Etat ». L'hôpital entreprise ou l'université entreprise ne reposent pas sur l'existence de la vente d'un produit sur un marché comme le ferait une entreprise privée mais sur le recours militant aux règles de « bonne gestion » du secteur privé. Ils entérinent un recul de la notion de service public au profit d'un modèle entrepreneurial. Toute intervention de l'Etat doit désormais se penser comme s'il y existait effectivement un marché concurrentiel sur lequel vendre des marchandises et réaliser des profits.

Les argumentations politiques s'effacent au profit de présentations techniques qui ont pour ambition d'automatiser la décision publique en rendant naturel et consensuelle la norme concurrentielle. La notion de performance est très importante dans ce registre en étant associée à la production d'un jugement sur l'efficacité à partir d'indicateurs chiffrés (Da Silva et Gadreau, 2015). Il s'agit dès lors de transformer les qualités en quantités pour pouvoir compter et mettre en indicateurs le travail du professionnel. Dans cette perspective, les organisations publiques (comme l'hôpital) sont désormais envahies par des cabinets de conseil en organisation et des agences publiques qui vont mettre en œuvre la performance à partir de techniques venant du monde industriel. Le « lean management », méthode de management issue de l'industrie japonaise qui organise la chasse aux gaspillages, a ainsi beaucoup de succès auprès des gestionnaires prescripteurs à l'hôpital (Belorgey, 2011, Domin, 2013).

. La culture du résultat (chiffré) s'oppose à celle du service public où l'obligation d'engagement et de moyens prime sur l'obligation de résultat. C'est le but recherché puisqu'il s'agit de piloter un organisme public avec les mêmes références qu'une entreprise privée. Cette privatisation rampante heurte les personnels qui y résistent souvent. Mais, s'il existe une forte déviance face à cette injonction réformatrice, elle est aussi accompagnée par des personnels qui se font les acteurs du changement. Certains y trouvent littéralement leur

compte avec la création d'un espace de lucrativité et de contractualisation qui n'est pas pour déplaire à tous (rémunération sur résultats, primes individuelles, dépassement d'honoraires, etc.). D'autres se résignent à adopter cette forme de changement et finissent par adopter les schémas de pensée du NMP présentés comme le « one best way ». L'individualisme et le délitement des collectifs de travail ainsi engendrés font beaucoup pour transformer les organismes publics en entreprise privée.

La santé n'est pas le seul domaine infiltré par cette privatisation incorporée. L'université, imprégnée par un discours de crise (ACIDES, 2015), se voit désormais soumise aux lois du marché. La dépense publique d'éducation est ramenée au rang d'un coût, tel le « trou de la sécurité sociale », qu'il convient de réduire par tous les moyens, le meilleur d'entre eux étant de laisser la dépense privée prendre le pas sur la dépense publique.

Les universitaires ont largement intériorisés les nouvelles règles d'optimisation des ressources en se faisant les promoteurs de la logique de la performance individuelle axée sur la bibliométrie, en gérant la précarité du recrutement des chercheurs pour des fonctions pérennes et en développant une culture entrepreneuriale dans la recherche de financement privé de la recherche. L'assujettissement de la recherche au monde économique se trouve parfaitement illustrée dans le financement par appel à projets, devenu le mode de financement principal de la recherche scientifique. Ce dernier conduit à dénaturer le processus de recherche en le soumettant aux impératifs économiques du temps court et de la rentabilité économique (Bruno, 2012). Avec ce mode de financement, les activités du chercheur se trouvent elles aussi dénaturées puisqu'elles sont aujourd'hui détournées vers les tâches administratives, la gestion des projets et des financements, l'embauche de personnels précaires sur ces contrats, le management, etc.

Qu'il s'agisse de la recherche ou de l'enseignement, les universités ont désormais comme mot d'ordre celui de la rentabilité. Dans l'enseignement, *exit* l'émancipation intellectuelle, l'offre de formation se doit d'être utile et de s'ajuster aux besoins du marché du travail afin de fournir aux étudiants des compétences professionnelles. De la même manière, dans la recherche, l'objectif n'est plus de construire un savoir scientifique librement déterminé par les chercheurs, mais de produire des connaissances rentables qui ont des débouchés économiques privées directes et qui rentrent dans les standards des appels à projets. Et ce sont justement ces mêmes financement sur projets de recherche qui permettent de financer la politique salariale désastreuse des entreprises : en 2012, 80% des 880 millions d'euros de l'Agence nationale de

la recherche ont été utilisés pour rémunérer des précaires sur des contrats courts (Granger, 2015).

L'introduction de mécanismes marchands dans l'éducation est rendue possible par la fonction de régulation du marché de l'enseignement supérieur que joue les classements internationaux. Ces derniers permettent de justifier, sous couvert de neutralité et d'efficacité, les réformes néolibérales de l'enseignement supérieur et de transformer les universités en entreprise.

Chapitre 8. La privatisation en santé : une stratégie inégalitaire et inefficace

Ce chapitre se focalise sur le domaine de la santé et cherche à évaluer les processus de privatisations à l'œuvre dans ce champ. On montre que ces stratégies de privatisations sont foncièrement inégalitaires et peuvent avoir des effets pervers sur la santé publique en détériorant l'état de la santé de la population. La baisse des dépenses publiques de santé et le transfert de charge vers le privé conduit en effet à des renoncements et retards de soins qui sont non seulement préjudiciables aux personnes qui en sont victimes mais qui sont aussi délétères pour les finances publiques. Le retard de soins conduit en effet à des dépenses différées mais aussi majorées. La prise en charge tardive, à l'hôpital par exemple, engendre des surcoûts. La baisse des dépenses publiques par la privatisation peut ainsi induire un surcroît de dépense publique, témoignant d'un paradoxe de politique économique.

On organise ce chapitre en 3 sections. Dans une première section, on dresse un panorama des différentes stratégies de privatisation de la santé en Europe et on souligne les caractéristiques originales de la privatisation à la française. Dans la deuxième section, on montre que les stratégies de privatisation sont préjudiciables au patient en faisant de la maladie une épreuve financière tout en accroissant les inégalités d'accès aux soins. Dans la dernière section, on met en avant la dynamique et les fondements des partages des risques en santé entre l'assurance publique et l'assurance privée. On montre que la stratégie de privatisation du soin a besoin d'une dépense publique soutenue.

1. Les processus de privatisation de la santé en Europe

En s'appuyant sur la typologie des privatisations présentée dans le chapitre précédent, on cherche dorénavant à classer les différents dispositifs mobilisés par différents pays européens dans cette typologie des privatisations. L'analyse s'appuie sur des données de 14 pays de l'Union Européenne depuis 1980. Elle combine ainsi une double dimension :

- Une comparaison intra pays. L'étude des réformes de l'assurance maladie dans différents pays montre l'existence d'une assez importante hétérogénéité de méthodes et instruments employés par le législateur. Cependant au travers du concept de

privatisation tel que nous le définissons, on a cherché à identifier un cadre cognitif commun pour analyser ces différents processus.

- Une comparaison inter pays. Il est classique de dire que les réformes de la santé mobilisent un vaste spectre d'instruments pour une diversité d'objectifs (maîtrise des budgets publics, lutte contre les inégalités, territorialisation, etc.). Il est tout aussi commun de souligner l'ancrage national des réformes de la santé et le rôle de la « dépendance au chemin » même si on peut néanmoins observer une tendance semblable à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité par la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande (Saltman, 2002, Maarse, 2006). Les logiques nationales et l'identité des systèmes de santé induisent un changement spécifique et situé. Néanmoins, ce changement doit pouvoir s'analyser avec des éléments moteurs communs dans les différents pays européens. On cherche alors à définir la diversité des privatisations comme des déclinaisons locales d'une forme générique de privatisation. La privatisation de la santé à la française est différente de celle observée en Allemagne ou au Royaume-Uni mais ces privatisations ont des traits communs que l'on cherche à faire ressortir.

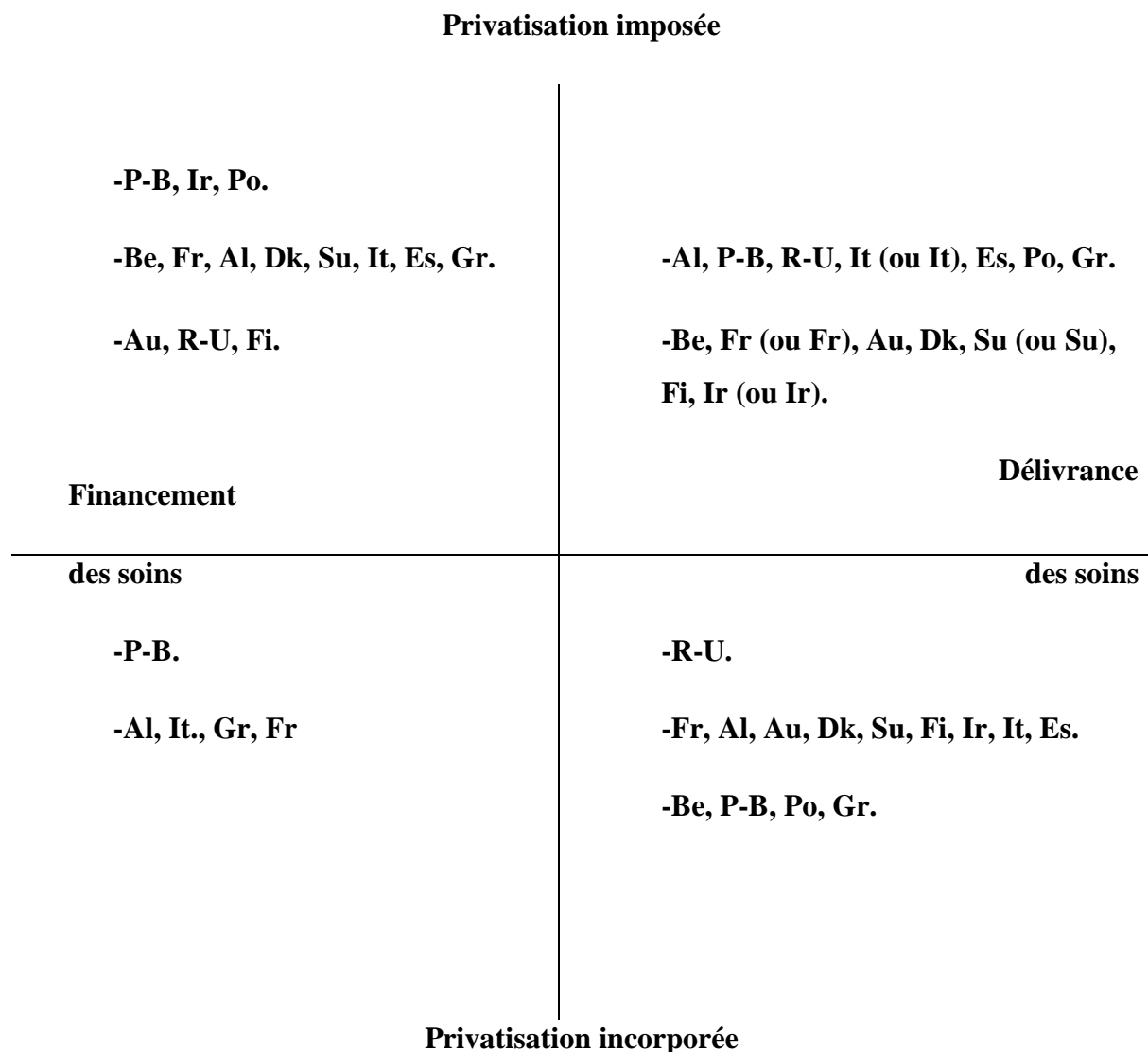
Nous proposons une classification des différents pays européens selon la cartographie des privatisations précédemment mentionnée. Le matériel utilisé pour ce classement est constitué du suivi historique de l'évolution des systèmes de santé et de la mobilisation des textes de loi ainsi que des séries de données sur 30 ans de l'OCDE, de l'OMS et d'Eurostat constitués par Christine André (André, 2015 André et Herman, 2009) . Les travaux résumés ici s'appuient sur différentes publications (André, Batifoulier, Jansen-Ferreira, 2014, 2015, 2016).

La base de travail est constituée des 14 pays de l'ancienne UE-15⁷⁶. Ces pays ont des niveaux de développement économique et des caractéristiques politiques, sociales/sociétales, et culturelles relativement proches du fait de leur appartenance à l'ancienne Union Européenne. L'étude est menée pour la période allant de 1980 jusqu'aux années récentes. Nous comparons ici des changements dans la privatisation et non des niveaux de privatisation.

⁷⁶ On a exclu le Luxembourg qui, du fait de l'importance de ses revenus, a établi des services sociaux et de santé qui bénéficient d'un financement nettement plus élevé que dans les autres pays européens. Le Luxembourg se situe dans une position éloignée de ces derniers.

Graphique 8.1. Importance relative des processus de privatisation développés au cours des trente dernières années*

André, C., Batifoulier, P. et Jansen-Ferreira (2016)



Abréviations: Al: Allemagne, Au: Autriche, Be: Belgique, Es: Espagne, Dk: Danemark, Fi: Finlande, Fr: France, Gr: Grèce, Ir: Irlande, It: Italie, P-B: Pays-Bas, Po: Portugal, R-U: Royaume-Uni, Su: Suède.

Le graphique 8.1 2 met en évidence l'importance relative des processus de privatisation depuis 1980. On repère l'importance relative d'un type de privatisation par la taille de la police de caractère : plus un pays développe un mode de privatisation donné, plus les caractères utilisés pour son nom sont grands dans le quadrant correspondant. Un pays entre

parenthèse signifie qu'il est difficile de trancher entre deux interprétations et deux niveaux de privatisation⁷⁷. Cette analyse fait ressortir 3 types de résultats.

1.1 Si les processus de privatisation sont généralisés, ils sont hiérarchisés différemment selon les pays.

On observe un mouvement assez général de privatisation puisque les processus de privatisation imposée se retrouvent dans tous les pays tant pour le financement que pour la délivrance des soins. La privatisation incorporée pour la délivrance des soins apparaît aussi dans tous les pays. Par contre, les formes de privatisation incorporée pour le financement – autres que celle, générale, qui résulte de l'application des Directives Européennes pour l'assurance – ne se développent que dans cinq pays.

En matière de financement, les Pays-Bas font office de pionnier pour la privatisation imposée aux individus mais aussi pour la privatisation incorporée du financement. Ce pays a en effet donné la possibilité aux assurances privées de gérer la couverture de base, de façon généralisée après 2006. Il a également fortement développé depuis de nombreuses années les mécanismes de concurrence entre les fonds publics d'assurance et ceux invitant le patient à faire jouer la concurrence entre assureurs (privatisation incorporée, quadrant sud-ouest). L'Etat conserve cependant un pouvoir important de réglementation des assurances privées, toutes les assurances devant fournir un panier minimum de soins. Au-delà, la concurrence est reine.

Comme on le voit, la situation des autres pays sur ce point est plus contrastée. Certains pays ont peu recours à cette forme de privatisation consistant à développer l'assurance privée. C'est le cas du Royaume-Uni où la part publique est de 93% (contre 75 % en France). A l'inverse, le développement de la privatisation peut aussi être lié à l'extension du système de santé et de la couverture des soins, conjuguée à la recherche de financement privé : l'Irlande et le Portugal peuvent être dans ce cas.

Dans le domaine de la privatisation incorporée pour le financement (quadrant sud-ouest), tous les pays sont soumis aux Directives Européennes pour l'assurance qui touchent en outre le fonctionnement des mutuelles, obligées à se caler sur le modèle de l'assurance privée. La promotion de la concurrence, sous l'effet du droit communautaire, fragilise grandement l'identité mutualiste qui est sommée de se mettre au diapason des techniques du secteur

⁷⁷ Dans le quadrant sud-ouest l'Italie figure entre parenthèses car les régions ont une grande autonomie dans ce domaine depuis les années 1990 et il est difficile d'apprécier les effets globaux.

lucratif sous peine de disparition, fusion ou acquisition (Abecassis *et al.*, 2013). L'accentuation du retrait de l'assurance publique, en fortifiant la place laissée au marché et la concurrence prédatrice, compromet encore davantage la survie des mutuelles à tel point qu'elles implorent dorénavant une prise en charge publique plus consistante (voir Caniard, 2013 pour ce point de vue dans le cas français).

Le cas de la France est intéressant car il permet de mettre en évidence l'écart entre les intentions de mise en concurrence des assurances privées et les résultats. La place majeure que prennent les assurances santé privées s'accompagne souvent de prix très élevés en matière d'optique, de soins dentaires, d'appareils auditifs, de dépassements d'honoraires ou encore d'hébergement à l'hôpital. Pour lutter contre ces dérives tarifaires sans accroître la prise en charge publique, une solution est d'équiper le patient d'un pouvoir de marché (voir section suivante). Or, contre cette logique, les assurances complémentaires proposent une diversité de contrats avec des garanties différentes (dans une logique de monopole discriminant). Cette multiplicité des contrats va de pair avec leur complexité et le patient ne peut faire jouer que difficilement la concurrence. Diverses propositions ont été faites récemment pour corriger ces aspects et développer la concurrence⁷⁸.

Pour la privatisation imposée de la délivrance des soins (quadrant nord-est), on peut former deux groupes de pays. Certains pays se sont distingués par des privatisations importantes. En Allemagne, par exemple, des hôpitaux publics ont été privatisés. L'Italie a sous traité au privé des hôpitaux publics dans un contexte de décentralisation. D'autres formes de privatisations qui ont conduit le privé à s'arroger une part de secteur public renforcent cette tendance : exercice privé dans le secteur hospitalier public, accords entre hôpitaux publics et cliniques privées, contrats entre les régions et le secteur privé, etc.. La France est un pays où ces dispositions sont connues mais où les hôpitaux publics conservent leurs prérogatives. La difficulté à apprécier l'importance relative de l'évolution du cas français conduit à une incertitude sur son classement, incertitude traduite par la proposition indiquée entre parenthèses d'un rattachement à un autre groupe.

Enfin, dans le domaine de la privatisation incorporée pour la délivrance de soins (quadrant sud-est), le Royaume-Uni, comme on le sait, s'est fait pionnier dans la diffusion du

⁷⁸ La définition d'un contrat standard sur la base d'un panier de soins préalablement défini favoriserait la comparaison et développerait la concurrence en prix pour un bien rendu homogène On trouve cette proposition dans [Dormont, Geoffard, Tirole (2014)].

Nouveau Management Public. Par exemple, en Angleterre, les médecins généralistes ont été récemment transformés en gestionnaires par les « groupes d'attribution clinique »⁷⁹ où ils doivent mettre en œuvre les politiques de santé publique sur leur territoire, dans leur volet clinique mais aussi dans leur volet comptable. Ils sont également depuis le début des années 2000 payés en fonction de l'atteinte de critères chiffrés de résultats. A l'hôpital, le Royaume-Uni a commencé à remplacer les gestionnaires des hôpitaux et certains postes administratifs dans le National Health Service par des cadres du secteur privé ayant une expérience de l'entreprise. Ceci augmente ainsi les coûts administratifs. Ils fournissent également de plus en plus des objectifs individuels à remplir dans des secteurs ambulatoires et hospitaliers, après le développement du « quasi-marché ».

Quand le secteur public est moins important, le nouveau management public peut moins s'exprimer comme au Portugal ou en Grèce.

1.2 Des stratégies différentes entre pays pour une même forme de privatisation

Une même ampleur d'un processus de privatisation donné ne signifie pas que les pays recourent aux mêmes instruments pour ce type de privatisation. Ainsi, des pays qui sont systématiquement classés sur la même ligne dans les 4 quadrants ne mènent pas une même politique de privatisation pour autant.

Dans le quadrant nord-ouest, on constate une généralisation de la stratégie de privatisation qui transite largement par le durcissement des mécanismes de partage des coûts avec le patient. Les systèmes de santé convergent du point de vue de la hausse du financement par des assurances privées (Montarani et Nelson, 2013), qui sont devenues un élément incontournable du financement du soin, et de celui de l'augmentation des paiements directs des ménages. Le transfert de charge du financement public vers le financement privé du soin trace alors de nouvelles frontières dans la couverture santé.

Mais, l'articulation assurance publique/assurance privée est variable. Comme les assurances privées peuvent avoir des fonctions variables au regard de la structure de l'assurance publique, cela introduit des différences dans l'importance de la privatisation du financement du soin. L'assurance privée peut être ainsi *substitutive* et remplacer l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme en Allemagne : au-delà d'un revenu mensuel brut de 4 462,50 euros (2014), on peut souscrire à une assurance privée qui joue le rôle d'assurance totale. C'est le cas de 11 % des assurés. En faisant varier ce seuil, les pouvoirs publics font entrer ou

⁷⁹ Ces groupes se substituent aux réseaux de soins primaires pré-existants.

sortir des ménages du système public d'assurance santé. L'assurance privée peut aussi être *duplicative* en couvrant ce que couvre déjà l'AMO mais en permettant un accès élargi à des prestations privées ou jugées de meilleure qualité que celles de l'AMO : lits privés au sein du secteur public, raccourcissement des files d'attente comme pour environ 10 % des patients en Grande Bretagne, en Espagne ou en Italie, etc. Enfin, l'assurance privée peut être *supplémentaire* pour des prestations non couvertes par l'AMO, par exemple pour le dentaire et l'optique, ou encore *complémentaire* pour compléter les remboursements de l'AMO. Elle vient en complément de l'assurance publique. Une assurance privée peut aussi cumuler différentes fonctions, comme les fonctions d'assureur complémentaire et supplémentaire en France. On constate, au total, que ce n'est pas une forme particulière d'assurance privée qui détermine l'ampleur plus ou moins forte de la privatisation.

Dans le même ordre d'idée, les privatisations imposées en matière de délivrance des soins (quadrant nord-est) peuvent avoir une intensité semblable, par exemple forte pour l'Allemagne et l'Italie, mais les processus de privatisation y sont bien différents. Comme on l'a vu, en Allemagne, certains hôpitaux publics ont été vendus à des groupes privés. En Italie, le secteur public sous-traite certaines activités hospitalières au secteur privé comme c'est le cas aussi en France, à un degré moindre, pour les missions de service public hospitalier.

Au total, à l'intérieur de chacun des quadrants, les instruments des politiques sont multiples et leur combinaison varie selon les pays. Des instruments semblables peuvent viser des objectifs différents alors que des instruments différents peuvent viser des objectifs semblables.

1.3 Une combinaison dans le recours aux différentes formes de privatisation spécifique à chaque pays

Si l'on tient compte des mesures réellement mises en œuvre, il existe une hiérarchisation des privatisations entre pays mais aussi à l'intérieur de chaque pays. Les exemples les plus marquants sont offerts par les cas polaires des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Les Pays-Bas ont mis en œuvre de grandes réformes en matière du financement des soins mais ont peu modifié la délivrance des soins (surtout en matière de privatisation incorporée). A l'opposé le Royaume-Uni a joué un rôle pionnier en matière de privatisation incorporée de délivrance des soins mais a peu transformé le financement des soins.

Si une pluralité des modes de privatisation est présente dans toutes les réformes, la place relative et la combinaison de ceux-ci sont spécifiques à chaque pays. Ceci résulte en premier lieu des caractéristiques institutionnelles des systèmes de santé (André, 2015) et au rôle que

peut jouer un élément moteur des réformes : la décentralisation. En effet l'articulation privatisation-décentralisation et les formes prises par la décentralisation, qui revêtent aussi une dimension institutionnelle, tiennent un grand rôle dans les évolutions observées. Par exemple une large autonomie financière des régions permet à ces dernières de mener leur propre politique de privatisation, allant même jusqu'à entrer en conflit avec celle de l'Etat central (c'est le cas de la Suède par exemple).

Dès lors la large autonomie des régions et autorités locales en matière de santé dans certains pays (surtout : Allemagne, Autriche, Royaume-Uni depuis 1999, Danemark Suède, Finlande, Italie, Espagne), autonomie allant parfois jusqu'à la possibilité de lever des ressources, rend la tentative de construire un classement des pays particulièrement épineuse. Lorsque les régions peuvent lever des fonds, elles ont la possibilité de mener leur propre politique de santé et, notamment, de développer leur propre politique de privatisation (ou bien s'opposer à cette tendance). C'est par exemple le cas en Ecosse dont les dirigeants essayent de contrer certaines politiques décidées à Londres. Il est alors particulièrement délicat d'avoir une évaluation solide du pays considéré dans son ensemble, la difficulté étant accrue par les changements intervenus dans le degré de décentralisation.

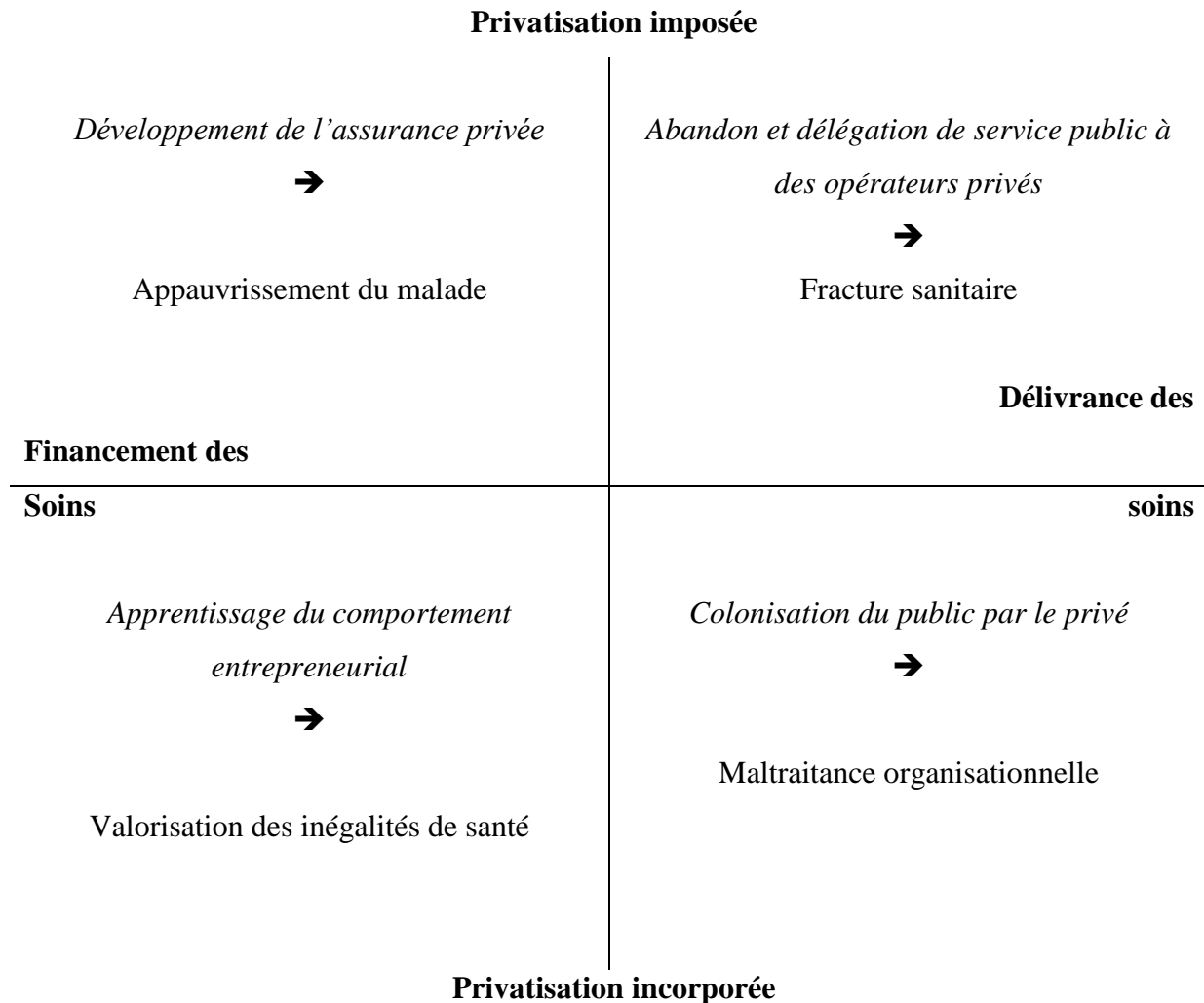
Il n'en reste pas moins que la hiérarchisation des processus de privatisation fait apparaître une plus grande proximité entre certains pays. Certains groupements de pays se retrouvent plus fréquemment sur une même ligne dans chaque quadrant. La typologie de la dynamique des privatisations des systèmes de santé s'avère ainsi être proche d'une typologie des réformes globales des systèmes de santé et des traditions socio politique des différents pays (André, 2015).

2. Les conséquences de la privatisation sur le patient

L'existence des différentes formes de privatisations produit de multiples conséquences sur les soins attribués au patient ainsi qu'à ses possibilités financières d'accès aux soins. Pour récapituler ce que les privatisations de la santé font aux patients, nous reprenons l'analyse des différentes configurations que peuvent prendre les privatisations de la santé. Rappelons que ce graphique distingue sur l'axe horizontal l'objet de la privatisation : le financement ou la délivrance du soin et, sur l'axe vertical, la forme de la privatisation: elle peut être imposée aux individus qui la subissent (« privatisation imposée ») ou être portée par les individus eux-mêmes comme une norme de comportement (« privatisation incorporée »). Les formes que

prend la privatisation du soin de santé sont rappelées dans le graphique 8.2 (en italique dans le texte). On insiste ici sur leurs effets sur le patient.

Graphique 8.2 Les effets des privatisations sur le patient



2.1 L'appauvrissement du malade

Le transfert de charge de la Sécurité sociale vers les assurances privées et le paiement direct des ménages conduit à un appauvrissement organisé du malade (cadran nord-ouest). La dépense de santé est en effet une dépense contrainte et la volonté de réduire les prélèvements obligatoires publics au nom de la nécessaire réduction des dépenses publiques se traduit par une hausse de la dépense privée qui n'est rien d'autre qu'un prélèvement obligatoire privé sous forme de cotisation à une mutuelle ou assurance privée, de paiement obligé de

dépassements d'honoraires et de débours divers exigés pour financer ce que les assureurs privés ou publics ne prennent pas en charge (particulièrement dans le domaine de l'optique, de l'auditif et du dentaire). Contrairement au prélèvement obligatoire public, le prélèvement obligatoire privé appauvrit le malade.

Depuis le début des années 1980, à la suite de la privatisation croissante du financement des soins, la logique d'extension progressive de la couverture santé publique s'est inversée. On ne cherche plus à étendre la couverture publique mais à la réduire – ce qui a un impact sur l'accès aux soins. Le malade doit acquitter des tickets modérateurs, forfaits, franchises ou dépassements d'honoraires qui ont considérablement augmenté dans le temps. Il est invité à refinancer ces dépenses en souscrivant une assurance privée. Si la forme que prend l'assurance privée est variable suivant les configurations institutionnelles des pays européens, elle est devenue un élément incontournable du financement du soin, indépendamment des modèles de protection sociale (André et al., 2016 ; Montarani et Nelson, 2013).

En France, le transfert de charge est désormais particulièrement important pour les soins courants puisque que l'assurance santé publique ne rembourse désormais plus que 55 % de ces soins hors hôpital et hors Affection de Longue Durée. Ce sont les soins les plus fréquents pour la majorité des malades.

Cette évolution déplace le centre de gravité de l'organisation du système de santé, d'un financement par les citoyens des besoins de soins à un financement par les malades eux-mêmes. Elle est source d'appauvrissement du malade (cadran nord-ouest). Selon les chiffres du Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de 2012, 10 % des patients ont supporté un reste à charge de 2090 euros dont 86 % est imputable aux soins de ville et 50 % aux dépassements d'honoraires. Les bénéficiaires du dispositif d'Affection de Longue Durée qui sont théoriquement pris en charge à 100 % sont ceux qui ont les plus lourds restes à charge car le 100 % n'existe pas en pratique puisque les prix pratiqués n'ont plus qu'un lointain rapport avec le tarif de la Sécurité sociale (par ailleurs, le 100% du dispositif ALD ne concerne que les soins liés à l'affection longue durée et pas les autres). Selon une étude récente de l'IRDES (Perronin, 2016), les restes à charge public qui sont payés à une assurance privée ou directement par les ménages concernent tous les soins et représentent un quart de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). C'est pourquoi, la maladie n'est plus seulement une épreuve physique et mentale, elle est (re)devenue une épreuve financière (Batifoulier, 2014).

L'existence d'un déterminisme social dans la prévalence des maladies produit le résultat paradoxal suivant lequel ce sont les plus modestes qui sont les premières victimes de cette forme de privatisation. En effet, l'épreuve financière ne choisit pas ses victimes au hasard. Elle ne cible par définition que les malades. Les biens portants ne payent pas de ticket modérateur puisqu'ils ne vont pas consulter. Or, du fait de l'existence bien documentée d'un gradient social des états de santé, ce sont les plus modestes qui, au sein d'une vie plus courte, auront le plus de problèmes de santé. Ce sont donc eux qui sont les plus vulnérables au retrait de la Sécurité sociale et au transfert de charge. Les plus aisés n'ont pas de difficultés à se payer une bonne assurance privée, les plus modestes en ont. Cette situation suit une « loi de l'accès inversé » où ce sont ceux qui ont le plus besoin d'une couverture de qualité, parce qu'ils sont potentiellement les plus malades, qui ont les plus grandes difficultés à se la payer. Autrement dit : « Plus on est pauvre, plus on est malade, moins on est couvert ». Les taux d'effort (part de la participation financière des malades en fonction de leur revenu) sont plus élevés pour les plus modestes. Ils représentent une proportion du revenu moindre dans le dernier décile de niveau de vie (2 %) que dans le premier (7 %). A l'hôpital, où l'on est pourtant mieux remboursé qu'en médecine de ville (de l'ordre de 90 % en moyenne), cette forme de privatisation a conduit à faire croître les inégalités. Si ces co-paiements sont pris en charge par les assurances complémentaires, ils concernent aussi ceux qui n'ont pas d'assurance privée car les plus malades qui sont les plus exposés aux soins hospitaliers sont aussi les plus démunis qui ne peuvent pas se payer une telle assurance. On estime en effet que près de 5 % de personnes restent non couvertes par une assurance privée et de ce fait exposées à l'intégralité des restes à charge (Perronnin, 2016). Dans ce contexte, le moindre euro transféré à l'assurance santé complémentaire, mutualiste ou non, est un euro d'inégalité. Non seulement 4 millions de personnes sont dépourvues d'assurance complémentaire mais en plus, la qualité des complémentaires n'est pas égale entre les plus pauvres et les plus aisés (ceux qui peuvent s'offrir les meilleurs contrats sont ceux qui en auront le moins besoin). Au-delà de la question des inégalités, tous les patients sont fragilisés par le transfert à la libre prévoyance : en tant qu'assuré car l'assurance privée est plus coûteuse que la solidarité publique et en tant que malade quand ils auront à payer plus cher pour leur frais de santé du fait du désengagement de la Sécurité sociale.

2.2 La fracture sanitaire

Le transfert de compétences et la délégation de services publics à des acteurs privés (cadre nord-est) a dégradé la qualité globale des soins. En médecine ambulatoire, la liberté

d'installation octroyée par le pouvoir central aux médecins a contribué au développement des déserts médicaux qui ont fait l'objet d'une vaste documentation et d'une prise de conscience de l'ampleur des inégalités (Sénat, 2013). La France se caractérise par de très fortes disparités de répartition des médecins. Les départements les plus dotés sont schématiquement ceux du sud (en traçant une courbe concave de Bordeaux à Lyon) avec l'Alsace, le Nord et Paris. Les moins dotés sont en zone rurale particulièrement autour de l'Ile de France (l'Eure est le moins doté avec une densité de 101.2) mais les déserts médicaux sont aussi dans les banlieues et particulièrement en Seine Saint Denis. Les différences sont encore plus marquées pour les spécialistes où Paris a une densité exceptionnelle par rapport à tout le reste de la France. L'écart va de 1 à 8 entre Paris (501.3) et la Haute Loire (64.3). Les départements d'Outre-Mer ont des ratios encore plus bas.

Ces inégalités sont d'autant plus problématiques qu'elles se concentrent là où les besoins de soins de la population sont les plus importants. Les médecins sont les moins nombreux là où ils seraient le plus utiles. Dans le même temps, le temps d'accès à l'hôpital a augmenté du fait des restructurations et fermetures de services, comme pour les maternités. Or, des études statistiques montrent que l'allongement de la durée de trajet a un impact sur la santé périnatale (Combiere et al., 2013). Le discours officiel se veut rassurant en arguant que les soins de proximité sont accessibles en 15 mn par la route. Il s'agit cependant d'une moyenne et la distance est plus longue pour les régions rurales notamment. L'accessibilité est plus compliquée pour ceux qui n'ont pas de voiture, pour les plus âgés et/ou pour ceux qui souffrent de limitations fonctionnelles.

Par ailleurs, la présence d'un médecin à 15 mn en voiture ne garantit pas un rendez-vous dans un laps de temps raisonnable. L'accessibilité dépend aussi de la disponibilité du praticien et du prix de la consultation médicale qui peut être très élevé à l'hôpital ou pour les soins de spécialité du fait de la prolifération des dépassements d'honoraires. La fracture sanitaire se traduit ainsi par des difficultés à trouver un médecin, à un tarif raisonnable. Quand le patient vit dans un territoire fortement médicalisé, il se heurte fréquemment à des dépassements d'honoraires. Quand le patient vit dans des territoires où les dépassements d'honoraires sont marginaux, il connaît les plus grandes difficultés à trouver un médecin. Certains départements ont peu de médecins d'une spécialité particulière (urologie par exemple). Ils en ont encore

moins sans dépassements d'honoraires : Dans le jura, 3 urologues au total et 1 seul en secteur 1, 2 sur 8 dans l'orne ; 4 sur 59 à Paris, etc.⁸⁰

2.3 Le développement de la maltraitance organisationnelle

Le patient peut pâtir également d'une forme de privatisation qui s'exprime par la généralisation des règles du management privé à l'hôpital (cadran sud-est). C'est à l'hôpital que la concurrence s'est le plus développée sous l'effet de la tarification à l'activité (mode de financement des soins selon un forfait par séjour) et des règles de gouvernance qui l'accompagnent (Domin, 2013, Pierru, 2007). Les établissements sont dorénavant obligés de se comparer les uns aux autres sur le coût de leur activité. Pour une même activité que l'on s'emploie à standardiser, on cherche à montrer du doigt ceux qui sont plus coûteux même si les patients qu'ils reçoivent sont dans des situations de précarité qui obligent les soignants à les garder plus longtemps pour une même pathologie. Parce qu'ils sont rémunérés à l'activité, les établissements peuvent aussi être incités à la dépense en recherchant des actes mieux valorisés et rendre le séjour payant. Autant de stratégies menées au nom de la lutte contre les gaspillages qui activent pourtant des dépenses nouvelles.

En dépit de ces effets pervers, la concurrence par comparaison se généralise et abat les frontières. Dans ce contexte, le secteur hospitalier privé, encouragé par la logique de privatisation, réclame la suppression d'avantages en tarif et en prérogatives que pouvait avoir le secteur public au titre de missions d'intérêt général. Pourtant, cette promotion du secteur privé coûte très cher au patient et augmente ses dépenses de santé. Un séjour à l'hôpital privé appauvrit le malade du fait des logiques libérales de la médecine qui s'y déploient et notamment des dépassements d'honoraires quasi systématiques. Ces dépassements sont particulièrement élevés dans certains établissements hospitaliers qu'ils soient publics ou privés. Ils peuvent aller jusqu'à 400% du tarif de la Sécurité sociale avec des montants allant jusqu'à 5000 € pour une prothèse de hanche ou 1490 € pour l'opération de la cataracte. S'ils sont exorbitants, ces exemples ne sont pas caricaturaux car ils vont dans le même sens d'études plus « officielles ». L'inspection générale des affaires sociales a chiffré le montant *moyen* des dépassements d'honoraires en clinique pour un accouchement à 178 €, 200 € pour la chirurgie du cristallin et 105€ pour une coloscopie (Abaléa et al., 2007). A l'hôpital public

⁸⁰ En compilant différentes données de l'assurance maladie, de l'IRDES, etc. , la direction des études de UFC - Que choisir a dressé en octobre 2012 une carte de la fracture sanitaire qui combine déserts médicaux et dépassements d'honoraires.

ces montants moyens sont plus faibles mais restent significatif, surtout pour les plus démunis. Cependant, le service public hospitalier est également touché par la généralisation et l'inflation des dépassements d'honoraires qui viennent s'ajouter à la pratique décomplexée des soins privés au sein de l'hôpital public pour les patients qui ne veulent pas attendre 6 mois pour un rendez-vous. En effet, certains médecins à l'hôpital public proposent deux listes d'attente aux patients qui souhaitent les consulter, la première est très courte et accompagnée de dépassements d'honoraires, la seconde est très longue mais au tarif remboursé par la sécurité sociale.

Le nouveau management hospitalier introduit aussi la logique de marché au cœur de l'hôpital public, invité à se caler sur les règles de gestion du secteur privé considérées comme incontournables. Or le nouveau management public nuit gravement à la santé, des personnels comme des patients en organisant une course à la productivité: optimisation des places (c'est-à-dire des lits) ou des périodes et des durées d'utilisation des blocs opératoires et optimisation du temps de travail (Mas et al., 2011, Belorgey, 2010).

Les personnels soignants doivent impérativement abandonner la culture de service public pour se plier à la recherche de la productivité et de la performance économique inséparable de la logique de privatisation. Cette nouvelle organisation incite à la disparition des temps gratuits sources de lien social avec le patient mais qui ne seraient plus dorénavant considérés comme faisant partie du « bon » travail du soignant (Chanial, 2010). Le don de temps des soignants est pourtant une dimension essentielle de la qualité des soins. Ce conflit sur la conception de la qualité du travail est alimenté par l'obsession gestionnaire à reléguer les problèmes de moyens à une mauvaise organisation. Les soignants s'épuisent à soigner et à porter les valeurs de solidarité qui font la singularité et la fierté de leur métier. L'injonction à mal faire son travail a des répercussions sur la qualité des soins offerts aux patients. Contre la standardisation qui est valorisée, l'adaptation aux spécificités du patient est essentielle à la délivrance de soins de qualité, notamment pour les urgences ou les soins en affection de longue durée. La mise à distance de la culture de service public et des logiques de don qui animaient le secteur de la santé a ainsi des effets contreproductifs. Parce qu'ils explosent face à la logique managériale, les soignants s'accusent eux-mêmes de maltraitance involontaire du patient⁸¹.

⁸¹ Parmi les nombreux témoignages, on trouvera dans un texte collectif d'une trentaine de médecins hospitaliers regroupés sous le nom de «Docteurs Blouses »un exposé méthodique de cette maltraitance où la colère s'entend derrière les mots (Dr Blouses, 2013).

Le patient est devenu gisement dépenses à diminuer. La chasse au déficit fait pression pour réduire son séjour, parfois sans tenir compte des impératifs médicaux. Avec la recherche de rentabilité, le séjour hospitalier bas gamme (*low cost*), pour des interventions pratiquées à la chaîne, gagne du terrain et dégrade la qualité des soins. Certains patients sont de meilleurs candidats que d'autres à être des centres de profit. Le patient performant pour le management est plutôt bien portant et sortira vite de l'établissement, il vit dans un milieu aisé et bien entouré, il peut payer des dépassements d'honoraires, etc. Le développement d'un espace médical à but lucratif va de pair avec la maltraitance organisationnelle dont est victime le patient et qui conduit à lui pratiquer des soins bien rémunérés mais parfois sans indication médicale et plus généralement à inviter les soignants à mal faire leur métier. C'est pour gagner de l'argent ou, plus fréquemment pour ne pas en perdre que le patient peut être ballotté d'un service à un autre, d'un établissement à un autre car il vaut mieux que d'autres supportent les coûts induits par la maladie, surtout s'il s'agit d'un patient âgé en situation de dépendance. Pour la même raison il peut être invité à retourner prématurément chez lui ou en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et c'est la médecine de ville qui prendra en charge ses frais et la famille sa souffrance. Le patient non rentable peut devenir ainsi une « patate chaude » dont on cherche à se débarrasser. Il ne s'agit pas de réduire les coûts car le patient a de toutes façons besoin de soins mais de les faire assumer par d'autres, au prix de gaspillage de temps, d'énergie et de moyens. Le patient est la victime de cette logique concurrentielle menée au nom de la réduction des budgets publics et de la reconfiguration de l'intervention de l'Etat (Batifoulier, 2014).

2.4 Des inégalités de santé justes

Le développement de la maltraitance organisationnelle ruine d'autant plus la santé et les finances du patient qu'il est désormais considéré comme responsable de son sort (cadran sud-ouest). Le mythe du patient rationnel, consommateur prévoyant et calculateur, se traduit par la promotion d'un patient entrepreneur de sa santé et de son accès aux soins. Dans ce contexte, s'il y a des inégalités de traitement, d'accès aux soins ou même de maladie, elles ne sont pas forcément injustes puisqu'elles résulteraient de la liberté individuelle. Ainsi, le caractère social des différences d'état de santé peut être relégué à l'arrière-plan par la méritocratie sanitaire qui fait de chacun le responsable de son corps et de l'attention qu'il lui porte, par la prohibition volontaire des comportements déviants et addictifs, par le bien manger et bouger, etc. Si chacun a l'état de santé qu'il mérite, l'amélioration de l'état de santé de la population devient secondaire. Le problème n'est plus dans l'existence d'inégalités sociales de santé mais

dans leurs fondements. La hiérarchie des classes sociales, dont les corps portent les stigmates, est invitée à disparaître derrière le mérite personnel. Le patient porte alors tout le poids de sa carrière de malade, de son passé de consommateur de produits gras et sucrés, de son addiction au tabac, etc.

La thématique du patient gestionnaire de son capital santé repose sur un coup de force car elle occulte totalement ce qu'est réellement la santé du patient. En effet, cette position est difficile à tenir en matière de santé où les besoins ont un caractère objectif. Le besoin de soin de santé n'est pas un simple désir. Il n'est pas volontaire (on ne choisit pas d'avoir une crise d'appendicite ni même un mal de gorge). Dans la majorité des cas, on ne peut pas prévoir le besoin qui est indépendant de la responsabilité individuelle (que l'on pense par exemple aux maladies contagieuses). Le besoin en santé est universel puisqu'il répond à des caractéristiques biologiques du fait d'une vulnérabilité humaine commune. Il exprime aussi des traits culturels et sociaux. L'assimiler à une simple préférence ou un désir de dépense au nom de la responsabilisation du patient occulte fondamentalement ce qu'est la maladie (Batifoulier et al., 2009, 2013, Hodgson, 2008).

Pourtant, cette thématique médiatique de la responsabilité du malade ne concerne pas que l'état de santé. Elle vise aussi à rendre le patient responsable de son accès aux soins. En matière de couverture maladie, les assureurs proposent désormais une assurance au comportement visant à récompenser le patient (sous forme de baisse du montant de la police d'assurance) s'il fait la preuve d'un style de vie sain que mesurent les objets connectés (bracelet, podomètre, etc.). Sur le modèle de l'assurance automobile où les conducteurs paient leur prime d'assurance en fonction de leur comportement passé sur les routes, les assureurs santé développent aujourd'hui des dispositifs dit de « payez comme vous vivez » (*pay as you life*). Dans cet esprit, l'assureur Generali a présenté en juillet 2016 son nouveau contrat d'assurance « Vitality » qui fonctionne avec un système de bonus pour les assurés qui entreprennent des comportements considérés vertueux par la compagnie d'assurance : meilleure alimentation, activité physique accrue, arrêt du tabac, etc. Doté d'une certification de base bronze, l'assuré vertueux pourra monter en catégorie (argent, or ou platine) et recevoir des récompenses de type bon d'achat (en Allemagne, le même assureur propose une modulation des cotisations interdite en France).

Le mérite du patient consommateur sera aussi récompensé s'il fait l'effort de comparer les prix, de mettre en concurrence les offreurs de soins et les produits de santé, etc. L'identification d'un bon rapport qualité prix se mérite car elle repose sur la recherche active

d'informations. En matière d'optique, de soins dentaires, d'appareils auditifs de dépassements d'honoraires ou encore d'hébergement à l'hôpital, les prix que doit payer le patient sont très élevés du fait du désengagement de la Sécurité sociale. Pour lutter contre ces prix élevés, sans revenir à une prise en charge publique plus consistante, une solution est d'équiper le patient d'un pouvoir de marché. C'est en tant que consommateur éclairé (et non plus en tant que malade angoissé) que le patient est à même de faire baisser les prix. Il en va dorénavant de sa responsabilité. En d'autres termes, si le patient se conduit en consommateur, il peut de lui-même maîtriser les prix en faisant jouer la concurrence (en multipliant par exemple les demandes de devis pour les soins dentaires). C'est à lui de faire le travail en développant son pouvoir entrepreneurial mais il a besoin de l'aide des pouvoirs publics. C'est dans cette perspective que le législateur a autorisé les patients à s'équiper de lunettes sur internet et à se conduire en consommateur avisé par l'obligation faite aux ophtalmologistes d'indiquer sur l'ordonnance la distance entre deux pupilles. De même, le patient est invité à comparer les prix des médecins sur le site de l'assurance maladie s'il ne veut pas payer de dépassement d'honoraires.

3. Partage des risques et articulation de la dépense publique à la dépense privée

Dès 1945, le coût de la santé est un enjeu politique majeur et il est question de faire payer les patients pour leurs frais de santé à la suite de la croissance des dépenses. Comme on l'a vu dans la première partie du rapport, les arguments pourraient être ceux qui sont échangés aujourd'hui. Déjà sont mis en avant les excès et les abus, en d'autres termes les maladies fictives et les arrêts de travail inopportuns ou encore les cures et les soins dentaires jugés inutiles, *a fortiori* dans un pays ruiné par la guerre. La France n'aurait pas les moyens de sa générosité et il convient par exemple de ne pas indemniser pour arrêt maladie pendant la première semaine. Une proposition constante est aussi de dé-rembourser le petit risque.

Cette proposition va être rejetée car la stratégie de déremboursement du petit risque, à condition que l'on puisse définir cette notion, est jugée absurde car elle frapperait d'abord les enfants et les plus vulnérables (Valat, 2001). Elle va pourtant renaître avec une grande audience dans les années 1980 en particulier avec le rapport Nora Naouri de 1979.

La distinction entre petit et grand risque oppose ceux qui sont capables d'assumer leurs choix en matière de soins de santé et les autres : les individus responsables et ceux qui en sont

incapables et doivent compter sur la solidarité nationale. Le petit risque est à dérembourser, le gros risque ne l'est pas ou pas trop.

Ce partage Yalta du risque réinterprète les principes de solidarité entre bien portants et malades. Il s'agit toujours d'assurer une protection maladie en fonction du besoin mais avec un éclatement de la notion de besoin. Il faut donc réduire la prise en charge à ceux qui en ont « réellement besoin ». La solidarité face aux frais de la maladie doit être effective pour que ces frais ne soient pas un obstacle à se soigner. Ces mêmes frais ne sont pas un problème s'ils sont l'expression d'un désir ou d'une préférence.

L'enjeu est de distinguer ce qui doit être attribué à la dépense publique et ce qui doit l'être à la dépense privée. Ce problème ne relève pas d'un « partage optimal des risques » qui laisserait entendre que la caractéristique intrinsèque de certains soins, relevant du « petit risque », les drainerait automatiquement vers le privé, comme la ligne de partage des eaux divise l'eau de pluie dans des directions différentes. Le partage des soins n'est évidemment pas un fait de nature mais relève d'une construction politique (Batifoulier, 2015).

La séparation des risques est problématique car il existe de multiples définitions du gros risque à protéger et aussi parce que la frontière entre petit risque et gros risque n'est pas étanche. Néanmoins, cette distinction s'est imposée comme une représentation acceptable pouvant guider le partage entre dépense publique et dépense privée. Elle entérine un dualisme de la couverture santé où l'assurance sociale diminue quand l'assistance augmente. Ce dualisme n'est pas spécifique à la santé et on le retrouve dans d'autres domaines de la protection sociale comme pour les retraites. En protégeant les plus fragiles, on espère légitimer l'effort demandé à tous les autres.

3.1 Responsabilité individuelle et justification du partage du risque

Cette stratégie de partage des risques cherche à se justifier par la nécessaire responsabilité du patient. Elle a pour conséquence le développement du marché de l'assurance. Elle s'inscrit tout d'abord dans un contexte qui est celui légué par l'histoire de la sécurité sociale et particulièrement celle du ticket modérateur qui est missionné pour réduire le remboursement public (Batifoulier et Gadreau, 2014). Pierre Laroque définit en 1946 ce qui va constituer la doctrine française de la prise en charge du soin « *Désormais les travailleurs sont assurés d'être couverts de leurs dépenses médicales à 80%, et encore leur participation de 20 % sera-t-elle réduite ou supprimée dans bien des cas, dans tous les cas où l'abus n'est pas possible* » (cité par Tabuteau, 2013, p 201).

Après une augmentation modérée de la part publique dans la dépense de santé de 52% en 1950 à 55 % en 1960, elle atteint son apogée en 1980 avec 80 % du total. Après 1980, la part de la Sécurité sociale va connaître une érosion constante même si elle est de faible ampleur en moyenne pour s'établir à 75.5% des dépenses de soins en 2011. La période des années 1980 est bien celle d'un changement de régime. La montée en gamme de la couverture maladie a été stoppée. Et ce, d'autant plus que la moyenne camoufle un fort mouvement de balancier où la prise en charge publique augmente pour le patient le plus malade (en Affection de Longue Durée ou ALD) mais diminue pour le « patient moyen ». Le remboursement pour les soins courants (hors hôpital et hors ALD) n'est plus en France que de l'ordre de 55 % avec 33 % pour le dentaire et 4 % pour l'optique. C'est à une débâcle de l'assurance maladie à laquelle on assiste actuellement pour les soins courants.

Ces dispositifs, en croissance exponentielle, sont faits pour accroître le reste à charge du patient après assurance publique. Pour la plupart d'entre eux, ils sont réassurables par les organismes privés qui répondent avec gourmandise au retrait de l'assurance publique.

Cette évolution est très coûteuse qui doit payer les assurances complémentaires car il y a une discontinuité fondamentale entre l'assurance publique et l'assurance privée. La première est obligatoire et assume une fonction de solidarité. L'autre n'a aucun intérêt à mutualiser les risques. L'intérêt de l'assureur privé est d'assurer des biens portants et de sélectionner les assurés en fonction de leur risque. Les « grands risques », approximés par leur âge, vont payer très cher une couverture santé qui leur serait revenue moins cher dans un système public. Par ailleurs, comme les organismes complémentaires sont en concurrence, ils déploient des stratégies marketing et de recherche de parts de marché beaucoup plus coûteuse en frais de gestion que le monopole de la Sécurité sociale. Comme nous l'avons déjà souligné plus haut, chaque euro de remboursement privé coûte plus cher au patient qu'un euro de remboursement public (Batifoulier, 2014). Rappelons par ailleurs qu'avec la « loi de l'accès inversé », la stratégie de privatisation fabrique des inégalités d'accès aux soins qui se cumulent avec les inégalités d'état de santé en créant du renoncement financier au soin.

Comment justifier cette stratégie de privatisation dans ces conditions ? La réponse est dans la volonté de responsabiliser le patient à la dépense de santé. Ces systèmes de malus sont des moyens nécessaires à inciter le patient à adopter un comportement économe en dépense de santé. L'incitation est alors mobilisée pour gouverner le patient et activer une façon de penser. L'institution que représente l'assurance maladie n'est plus associée au développement du mieux-être de la population. Elle est jugée à sa capacité à inciter les individus à se gouverner

comme des individus responsables – en partant du postulat non démontré qu'ils ne l'étaient pas avant. Cette conception met en avant la capacité de l'assurance privée et de la dépense privée à être plus vertueuse que l'assurance et la dépense publique. L'argumentation repose sur le fait qu'une couverture santé généreuse et uniforme, comme l'est la couverture publique est de nature à inciter au gaspillage.

Il faut alors développer des mécanismes visant à faire payer le patient pour qu'il renonce à cette consommation excédentaire. Toute la consommation n'est pas futile et ce n'est pas la suppression totale de l'assurance santé qui est recherchée mais sa modulation pour partager le coût avec le patient. C'est dans cet esprit que se justifie le retrait de la prise en charge publique de santé. Dans la même perspective de cette vision incitative de l'assurance santé, les opérateurs privés doivent être préférés à l'assurance publique car ils peuvent internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Faire payer le patient pour le rendre responsable transite par le développement de l'assurance privée.

3.2 Faire payer le patient nuit à sa santé

Cette construction théorique, si elle a été soutenue par les économistes standards de la santé, se heurte à la réalité du malade ordinaire. Elle occulte le fait que l'assurance joue le même rôle qu'un supplément de revenu pour l'achat de biens et services médicaux (Nyman, 2007). Ce ne sont pas tous les individus qui bénéficient de la baisse de prix promise par l'assurance santé mais uniquement les malades. Le bien portant n'a pas besoin de soins même si le prix est nul. Ce n'est pas parce que le triple pontage est gratuit que tout le monde en veut un. L'assurance santé joue le rôle d'un transfert de revenu des biens portants vers les malades. Dans ces conditions, l'assurance n'est pas un problème mais une solution car elle permet l'accès aux soins pour les malades.

Ce constat ne s'applique pas qu'aux soins lourds et réfute la tentation d'un partage des risques où le patient moyen serait soumis à des tickets modérateurs, franchises, forfait en croissance alors que le plus malade ou le plus pauvre en serait protégé. De nombreuses études empiriques ont convergé pour mettre en évidence un effet négatif des politiques de partage des coûts sur l'état de santé. La stratégie consistant à faire payer le patient se construit sur la croyance selon laquelle ce sont les soins inessentiels, non utiles pour améliorer l'état de santé, qui vont en faire les frais. Cette croyance est totalement fautive. Quand on fait payer le patient pour ses propres soins de santé, le recours à tous les soins est détérioré, y compris les

soins essentiels pour la santé. Les politiques de partage des coûts sont aveugles aux types de soins et le renoncement aux soins n'épargne pas les soins primordiaux comme le montrent de très nombreuses études empiriques aux Etats Unis (Chandra et al., 2010, Trivedi et al. , 2010), au Canada (Tamblyn et al., 2001) ou en France (Dourgnon et al., 2012). Faire payer le malade conduit à déployer une « stratégie des 3 R » : renoncement aux soins, retard et report de soin vers des lieux plus accueillants comme l'hôpital, mieux pris en charge parce que l'assurance publique est y largement dominante. Or, la dépense hospitalière financée par les budgets publics est différée et majorée. Au total, la volonté de transférer de la dépense publique vers la dépense privée induit de la dépense publique (Batifoulier, 2013).

De plus, quand la Sécurité sociale se retire, les prix explosent comme chacun peut le constater avec l'optique, l'auditif ou le dentaire. La dépense privée est plus élevée que la dépense publique qu'elle remplace. Ce renchérissement artificiel du coût des soins n'est pas compensé par des économies de police d'assurance que pourrait réaliser le patient en ayant recours aux assurances privées. Au contraire, celles-ci ont des frais de gestion bien plus élevés que la Sécurité sociale et la concurrence ne réduit pas les prix. En nécessitant actuaires, commerciaux, marketing, etc., elle pèse lourdement sur le porte-monnaie du patient.

Enfin, cette responsabilisation est absurde quand elle détériore la santé publique comme l'a montré l'expérience du droit de timbre pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME). La loi de finance de 2011 a instauré un forfait de 30 euros pour les étrangers en situation irrégulière. Il s'en est suivi une aggravation des pathologies et un déport vers des soins hospitaliers en raison de prises en charge plus tardives. Tout cela conduisant à une augmentation du coût moyen d'un bénéficiaire de l'AME. On ne voit pas ce qu'une collectivité a à gagner au développement de la tuberculose faute de prise en charge précoce (Batifoulier, 2016). La fragilité de la stratégie de responsabilisation du patient est compensée par la sollicitude qu'elle reçoit des milieux d'affaire. Les conceptions des économistes standards rentrent en résonance avec les intérêts des assureurs pour promouvoir le libre jeu du marché et imputer le coût du système de santé à une couverture trop dispendieuse. La vision de l'assurance comme incitation a été d'un grand renfort pour convaincre de la nocivité d'une couverture publique et complète et contribuer à la bonne marche des affaires (Batifoulier, 2015a et b)

Le marché se développe sous l'effet de l'accroissement de la prise en charge privée qui donne des droits de régulation aux opérateurs marchands comme c'est le cas en France. En finançant une bonne partie du soin voire la majeure partie de certains soins, ils veulent être partie

prenante de l'organisation du système de santé. Les organismes complémentaires ont obtenu un droit de veto sur les accords conclus par l'assurance obligatoire dans tous les domaines où les assureurs privés sont assureurs majoritaires (optique, dentaire, etc.). Ils peuvent également conclure des conventions (qui repose sur une logique de contractualisation) avec les opticiens, chirurgiens-dentistes ou audioprothésistes ainsi que pour la partie hébergement de l'hospitalisation. Ce conventionnement privé cible les postes de soins où la participation de l'assureur privé est supérieure à celui de l'assureur public. La loi autorise les opérateurs privés à faire des différences sur les niveaux de prestation et leur remboursement quand l'assuré choisit un prestataire de soin ou un établissement avec lequel sa complémentaire a conclu une convention. L'assureur privé va ainsi pouvoir aiguiller le patient dans l'ensemble du système de soins et l'orienter vers des professionnels sous contrat.

3.3 La généralisation de la couverture complémentaire et le développement des inégalités

Un nouveau marché s'est offert à l'assurance privée depuis l'instauration de la complémentaire d'entreprise. En effet, la loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC, privilégiait la mise en œuvre d'une complémentaire santé au niveau de la branche professionnelle. Cependant, le conseil constitutionnel a invalidé les clauses de désignation qui permettent aux branches de négocier pour toutes les entreprises du secteur à tarif identique. C'est donc au niveau de l'entreprise que se généralise la couverture complémentaire santé dans un contexte de retrait massif de la Sécurité sociale pour les soins courants. Si l'ANI a été présenté par les pouvoirs publics comme un moyen de lutter contre la dérive inégalitaire du système de santé français en permettant à tous d'avoir une assurance santé complémentaire, il ne fait, en réalité, qu'accentuer les inégalités déjà existantes.

Les personnes non couvertes par une assurance santé complémentaire sont principalement des chômeurs, des étudiants, des retraités et des précaires (CDD courts ainsi que les « petits » temps partiel), soient tous ceux qui ne sont pas visés par la loi ! L'ANI n'améliore la couverture santé que des actifs et de leurs ayants droit âgés de 18 à 60 ans. Il reste une part substantielle de population non couverte. La réforme ne supprimera pas les inégalités et les plus de 70 ans, les inactifs et les plus précaires dont beaucoup d'étudiants resteront sans couverture complémentaire. Les populations qui auraient le plus besoin d'améliorer leur couverture en santé (inactifs, personnes de plus de 70 ans et personnes se déclarant en mauvaise santé) sont ceux qui bénéficient le moins de cette amélioration. Par ailleurs, on peut

craindre un effet boomerang cruel pour ces populations mal couvertes : alors que les salariés qui étaient couverts par un contrat individuel vont migrer vers les complémentaires d'entreprise, les exclus de l'ANI qui souscrivent des contrats individuels vont payer plus cher leur assurance santé pour équilibrer les comptes des organismes offrant des complémentaires. Les retraités, chômeurs, étudiants sont les grands perdants de cette généralisation à l'entreprise. Les retraités en particulier qui vont voir leur pension s'effondrer du fait des différentes réformes des retraites vont devoir s'acquitter de prime d'assurance santé très élevée (du fait de leur âge).

D'un point de vue qualitatif, la couverture santé risque de se détériorer alors que les contrats collectifs d'entreprise étaient jusqu'alors plus efficaces que les contrats individuels. La loi ne prévoit que la prise en charge d'un panier minimal. Il y a danger de voir la complémentaire santé d'entreprise servir de produit d'appel pour vendre d'autres prestations qui étaient jusqu'à présent comptées dans les anciens contrats d'entreprise (dépassement d'honoraires, hébergement hospitalier, auditif, optique, dentaire etc.).

On s'oriente donc vers un système à 3 étages : assurance de base, assurance complémentaire d'entreprise et assurance surcomplémentaire pour couvrir ce qui était jusque-là du ressort de la complémentaire. Ainsi pour une consultation médicale à 23 euros, la sécurité sociale rembourse 70 %, l'assurance complémentaire d'entreprise prendra en charge le ticket modérateur soit 30 %, et la surcomplémentaire les éventuels dépassements d'honoraire. On institutionnalise ainsi 3 payeurs. Ce choc de complexité s'inscrit dans des configurations différentes d'entreprise, les petites entreprises n'étant pas en position d'offrir les mêmes garanties à leurs salariés. Par contre, toutes les entreprises peuvent dorénavant instrumentaliser la complémentaire santé pour baisser la rémunération des salariés. Il peut être tentant d'échanger un peu plus de complémentaire santé (part variable) contre un peu moins de salaire (part fixe), surtout quand l'importance de la position de l'entreprise est renforcée par le nouveau code du travail.

Cette généralisation par l'entreprise va coûter aussi plus cher à l'assuré qui va devoir supporter le prix de la concurrence. Le marché de l'assurance santé est en effet très compétitif et les opérateurs (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) cherchent à attirer les clients avec des dépenses de marketing et publicité qui augmentent les frais de gestion qui sont déjà très élevés et beaucoup plus que ceux de la sécurité sociale. De plus, ces contrats d'entreprise sont aidés fiscalement. Les 4 milliards d'aides publiques pour le nouveau dispositif qui viennent s'ajouter aux 2.2 milliards qui existaient déjà pour les anciens contrats

d'entreprise dépassent le déficit de l'assurance maladie ! La privatisation de la santé coute très cher en dépense publique (Tabuteau, 2014, 2016)

Dans ce contexte global, la santé est devenue l'un des moteurs du capitalisme post-fordiste à la recherche de nouveaux débouchés. La conversion de nouveaux secteurs à la logique capitaliste participe à l'avènement d'un modèle antropogénétique qui organise la production de l'homme par l'homme et dont la santé, l'éducation ou les retraites sont des éléments centraux (Boyer, 2015).

C'est précisément du fait de cette inscription de la santé dans le développement du capitalisme que la privatisation du financement du soin de santé ne peut être réduite à un simple transfert aveugle de charge du public vers le privé. Le secteur privé n'a pas pour ambition d'assurer tous les biens et services de santé. La dépense publique reste donc soutenue en période de privatisation. Cette complémentarité institutionnelle entre le public et le privé ne se traduit pas uniquement par un partage des financements mais aussi par un partage des compétences. Le développement du marché se nourrit de lui-même. Plus le marché est vaste, plus il y a de grain à moudre pour les opérateurs privés. Le recul de l'identité mutualiste en est un dommage collatéral du fait de l'activation de la concurrence qui oblige les mutuelles à modifier leur fonctionnement et à sélectionner les risques en mobilisant le critère d'âge. L'opérateur mutualiste historiquement très présent dans certains pays comme la France doit se mettre au diapason des techniques du secteur lucratif sous peine de disparition, de fusion ou d'acquisition (Abecassis et al., 2013).

Chapitre 9. La Privatisation dans le secteur de l'éducation.

L'analyse présentée dans ce chapitre 9 vise à montrer que les arguments usuels pour promouvoir la privatisation dans le secteur de l'éducation sont largement contestables. La dépense privée n'est ni plus efficiente ni plus équitable que la dépense publique qu'elle remplace. Nous avons choisi de mener l'analyse sur le cas des dépenses d'éducation en prenant appui sur la thématique des frais d'inscriptions à l'université. Les frais d'inscription sont à la fois une problématique nouvelle en France et un cas d'école de justification de la dépense privée au nom de différents registres d'argumentation allant de l'efficience à l'équité. Dans cette optique, les nombreuses et anciennes expériences étrangères constituent un terrain fertile pour étayer l'analyse. Augmenter les frais d'inscription à l'université ou les introduire relève d'une vision incitative de l'intervention de l'Etat où les pouvoirs publics doivent donner des stimulations aux individus pour les orienter vers le comportement requis (à l'image des décharges électriques pour les rats de laboratoire). Augmenter les frais d'inscription est alors réputé mieux à même d'internaliser le coût social du comportement de l'étudiant pour activer la responsabilité individuelle et l'efficacité collective.

L'analyse fouillée de ce cas d'école est menée en trois temps. La section 1 rappelle l'actualité de cette problématique en France et à l'étranger. Dans la section 2, on présente et critique les différents registres d'arguments à l'appui des frais d'inscription. Dans la section 3, on montre que l'on peut penser différemment le problème du financement de l'enseignement supérieur.

1. L'augmentation des frais d'inscription : une problématique d'avenir

La France est l'un des pays dans lequel les universités demeurent (quasi) gratuites. Néanmoins, les injonctions à augmenter les frais d'inscription sont omniprésentes dans le débat public. L'objectif de cette section est de montrer de quelle manière les frais d'inscription constituent une problématique d'avenir.

La prise en charge des dépenses au titre des établissements d'enseignement supérieur est assurée presque totalement (90%) par la puissance publique dans les pays scandinaves, très largement (80%) dans les autres pays européens (France, Allemagne, Espagne, etc.) et assez faiblement dans les pays anglo-saxons et asiatiques (30% à 60%). En conséquence le coût

total demeure maîtrisé lorsque la dépense est principalement publique (Moulin, 2015) : il représente 1 à 1,5% du PIB dans les pays européens et un peu moins de 2% dans les pays scandinaves, alors qu'il atteint 2,8% aux Etats-Unis (dont 1% de dépenses publiques et 1,8% de dépenses privées). Ce différentiel de niveau de la dépense totale d'enseignement supérieur entre la France et les pays scandinaves, les Etats-Unis ou d'autres pays se double d'une profonde inégalité dans la distribution des moyens par type d'établissement/filière et par étudiant. Le coût moyen d'un étudiant varie ainsi de 10 850 euros par an pour un étudiant d'université⁸² à 14 850 euros pour un élève de classe préparatoire aux grandes écoles (CPGE). Or, les étudiants qui fréquentent ces filières sont issus d'origines sociales radicalement différentes puisque l'effectif des CPGE était composé en 2013 de 48,4% d'étudiants dont les parents ont une profession libérale, sont cadres ou enseignants et de 6,5% d'enfants d'ouvriers contre respectivement 29,5% et 13,8% dans les universités. De plus les classes préparatoires aux grandes écoles accueillent des populations étudiantes homogènes, alors que les universités accueillent des populations hétérogènes, pour lesquels des formations différenciées seraient indispensables. L'écart de dépense par étudiant est d'autant plus important si on s'intéresse à ceux qui fréquentent les « très grandes écoles d'ingénieur », bénéficiant d'une dépense de 127 527 euros pour leur diplôme contre 17 805 euros pour ceux inscrits en Master dans une université⁸³ (Courtioux, 2009). L'asphyxie budgétaire des universités, relativement aux autres filières de l'enseignement supérieur et aux autres pays de l'OCDE – décrite notamment dans la littérature économique (Trannoy, 2006, Flacher et al., 2013) – fait entrer en force dans le débat public la question de l'introduction des frais d'inscription.

Ces dernières années, un certain nombre d'établissements publics se sont vus octroyer des statuts dérogatoires afin de fixer des frais d'inscription supérieurs à ceux prévus par le barème national. C'est notamment le cas de l'Institut d'Études Politiques de Paris depuis 2004, de l'Université Paris 9 Dauphine depuis 2010, des écoles des Mines et des Telecom depuis 2014 ou de certains Masters de l'École Polytechnique à partir de la rentrée universitaire 2016/2017. Dans un rapport remis au Premier Ministre de l'époque, Philippe Aghion et Élie Cohen voulaient « permettre aux universités de s'autofinancer en les laissant libres, de fixer leurs droits d'inscriptions, mais aussi libres de recevoir des subventions privées, de s'appuyer sur des entreprises voire de s'appuyer sur des fondations » (Aghion et Cohen, 2004, p. 107). L'augmentation des frais d'inscription fait partie d'une réforme plus vaste qu'ils suggéraient

⁸² Le chiffre inclus le coût moyen d'un étudiant d'IUT (Instituts Universitaires de Technologies) depuis la LOLF (Loi Organique relative aux Lois de Finances) de 2006.

⁸³ Chiffres pour la génération de 1970, année de référence : 2005.

de mener « pas à pas, sans proclamation tonitruante [...] pour éviter de se heurter à un front de résistance interne et externe qui conduiraient à l'échec » (Aghion et Cohen, 2004, p. 109). La thématique de l'introduction des frais d'inscription et de la sélection a depuis été reprise par de nombreux acteurs du monde universitaire : des organismes internationaux (ACIDES, 2015), des universitaires (Moulin, 2014), des *think-tank* (Colin, 2008 ; Chiappori, 2011, Lichtenberger et Aïdara, 2012), mais également l'INSEE (INSEE, 2012), France Stratégie (Charles et Delpech, 2015) ou encore l'inspection générale des finances et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (Hautier et al., 2015).

Qu'il s'agisse d'augmenter les frais pour les étudiants de Master, pour les étudiants des CPGE, pour les étudiants de certains Diplômes d'Université (DU) ou pour les étudiants étrangers, la stratégie qui sous-tend ce discours est toujours la même : celle des « petits-pas » proposée par Aghion et Cohen (2004). L'argumentation demeure également inchangée : il s'agit d'accroître l'équité du système d'enseignement supérieur, son efficacité, mais également de répondre à ses besoins de financement (Flacher et al., 2013).

2. Les frais d'inscription : un vecteur d'égalité, d'efficacité et un moyen de répondre aux besoins budgétaires des universités ?

Trois arguments principaux sont mobilisés par la théorie économique dominante pour justifier l'introduction des frais d'inscription à l'université. Face à eux, une autre littérature critique cherche à en comprendre la portée. Voici une synthèse de l'état de l'art sur ces trois motivations.

2.1 Un système équitable ?

Le premier argument avancé dans la littérature économique est celui de l'équité contributive. Flacher et al.(2013, p. 150) considèrent qu'un système d'enseignement supérieur est équitable s'il vérifie à la fois les principes (i) de compensation (égalité des chances en termes d'accès à un minimum de ressources), (ii) d'équité contributive de tous les bénéficiaires de l'enseignement supérieur (définie comme un effort identique de tous les bénéficiaires – étudiants et citoyens profitant des externalités – et donc par progressivité des contributions) et (iii) si des libertés positives permettent effectivement aux individus des différents milieux sociaux d'aspirer aux mêmes diplômes (égalité des chances effective). Or, force est de constater que le système d'enseignement supérieur français ne répond à aucun de ces critères,

conduisant certains économistes de l'éducation à recommander l'introduction de frais d'inscription pour le rendre plus équitable. En effet, le principe de compensation n'est pas respecté dans la mesure où les mécanismes d'aides destinés aux étudiants les moins favorisés ne sont pas suffisants et qu'ils ne permettent pas d'assurer une égalité des chances effective. À titre d'exemple, Harari-Kermadec et Moulin (2015, p. 137) montrent que « les avantages fiscaux des plus aisés (majoration du quotient familial pour les étudiants rattachés au foyer fiscal de leurs parents et réduction d'impôt pour frais de scolarité des enfants poursuivant des études supérieures) représentent [...] 77 % du montant total des bourses dont bénéficient les ménages les plus modestes ». Par ailleurs, le principe d'équité contributive n'est également pas respecté dans la mesure où le financement de l'enseignement supérieur en France repose sur une fiscalité trop faiblement progressive (Landais et al., 2011) – voire dégressive pour les ménages les plus riches. De même, comme nous l'avons évoqué précédemment, les différences de moyens entre filières et de taux d'accès à celles-ci en fonction de l'origine sociale des étudiants font que la troisième condition de la définition d'un système d'enseignement supérieur équitable (les libertés positives) n'est pas respectée. Partant de ce constat, certains économistes, à l'instar de Robert Gary-Bobo et d'Alain Trannoy (2005, 2008) préconisent l'augmentation des frais d'inscription pour rendre le système plus équitable.

Néanmoins, un accroissement des frais d'inscription permettrait-il d'accroître l'équité du système ? Il faudrait pour cela que les contributions qui sont demandées aux étudiants soient réellement progressives afin de neutraliser les effets des biais psychologiques et sociaux qui conduisent les étudiants des milieux modestes à s'auto-exclure (Lecouteux et Moulin, 2015) et que les compensations financières en direction de ces mêmes étudiants soient suffisantes (Flacher et al., 2013). Or, cela n'a jamais été le cas à l'étranger et il n'y a *a priori* aucune raison pour que l'on puisse parvenir à un tel système, dont l'optimalité n'est que théorique. Pire, l'introduction de frais d'inscription risque au contraire d'accroître la polarisation entre universités, comme cela est notamment très bien documenté dans le cas du Chili (voir Hsieh et Urquiola, 2006), en créant des établissements prestigieux capables de récolter des budgets importants en attirant à eux les étudiants les plus talentueux et les plus aisés et des établissements « de seconde zone » limités budgétairement car accueillant des étudiants de milieux moins favorisés. On peut aisément imaginer les effets dévastateurs d'une telle mécanique sur un enseignement supérieur déjà polarisé par la dualité universités/grandes écoles et stratifié en son sein par les classements des écoles et par ceux des universités.

2.2 Un système efficient ?

Le deuxième argument mobilisé par les économistes dominants favorable au développement des frais d'inscription est celui de l'efficience. En présence d'asymétrie d'information (le talent des étudiants est imparfaitement observable par les universités), les frais d'inscription permettraient de sélectionner les étudiants sur la base de leur talent, correspondant ici à leur propension à payer. C'est notamment l'argument qu'avancent Gary-Bobo et Trannoy (2008) pour légitimer le recours aux frais d'inscription. Selon leurs défenseurs, les frais d'inscription permettraient aussi d'inciter les étudiants à l'effort (afin de rentabiliser leur investissement éducatif) mais également les universitaires (Gary-Bobo et Trannoy, 2005), désormais mis sous pression par leurs « clients » pour lesquels ils sont redevables de la fourniture d'un bien marchandisé⁸⁴. Pour Johnstone, (2004, p. 407), « lorsque les étudiants ou leur famille ne payent que peu ou rien [...] les étudiants peuvent être trop tentés de conserver leur statut sur une très longue période [...] [En revanche, avec un partage des coûts] il y a des incitations vraisemblablement bien plus élevées de la part des étudiants à travailler dur et à obtenir leur diplôme "dans les temps" ». Les étudiants, en s'acquittant de frais d'inscription, prendraient « la décision de s'inscrire dans un cursus en fonction de leurs aptitudes, de leur motivation et de leurs attentes professionnelles. Le coût supporté donnerait une réalité à cet engagement » (Grégoir, 2008, p. 22). On retrouve également cette idée dans le rapport d'Aghion et Cohen (2004, p. 87) : « l'absentéisme perturbe aussi la gestion et l'organisation des cours : amphithéâtres surchargés en début d'année, vides dès le mois de novembre. Les nouvelles stratégies de financement des pays de l'OCDE tendent ainsi à influencer le comportement des étudiants dans le but de rendre les coûts de l'éducation plus contrôlables ». Enfin, les frais d'inscription permettraient d'orienter efficacement les étudiants dans leurs choix d'un cursus et des débouchés professionnels – en les modulant pour attirer les étudiants vers les filières qui sont jugées utiles socialement.

L'argument d'efficience économique n'a pour l'instant été que très peu étayé empiriquement par la littérature, il a cependant fait l'objet de nombreux travaux théoriques. Les seuls travaux qui, à notre connaissance, se sont intéressés à l'effet des frais d'inscription sur la réussite des étudiants sont ceux de Garibaldi et al. (2012), Heineck et al. (2006) et Moulin et al. (2016).

⁸⁴ Cette transformation des relations entre étudiants et universités en rapport marchand a été mise en évidence par (Maringe, 2006 ; Nicolescu, 2009 ; Rotschild et Lawrence, 1995 ; Voss et al., 2007). « L'introduction ou l'augmentation substantielle de frais d'inscription dans certains pays a des effets significatifs sur les relations étudiants-universités. Les étudiants payants des frais sont alors vus comme des clients, plutôt que comme des partenaires, ce qui s'intègre bien dans l'idéal de l'université-entreprise moderne » (Brennan et Shah, 2011, p. 78).

Moulin et al. (2016), par exemple, montrent que l'augmentation des frais d'inscription à l'Université Paris 9 Dauphine a eu des effets ségrégatifs et inégalitaires sur les étudiants mais qu'elle n'a pas eu d'effet sur la réussite des étudiants. Heineck et al. (2006) vont plus loin en montrant que l'introduction de frais d'inscription à l'Université de Constance en Allemagne a eu des effets négatifs sur la réussite des étudiants dans certaines disciplines. À l'inverse, Garibaldi et al. (2012) montrent que l'augmentation des frais d'inscription à l'Université de Bocconi en Italie a permis de réduire la durée d'étude nécessaire à l'obtention du diplôme. D'un point de vue théorique, les travaux justifiant la généralisation des frais d'inscription reposent sur des hypothèses plus que contestables, de nature à remettre en cause leur résultat. Ils se situent pour la plupart⁸⁵ dans le cadre néoclassique standard, hermétique à l'existence de biais psychologiques et sociaux qui impactent les comportements des étudiants selon leur origine sociale. L'article de Gary-Bobo et Trannoy (2005, p. 201) illustre bien cette perspective puisque selon ces derniers un étudiant se comporte « en bon statisticien [calculant] ses chances de gagner tel ou tel salaire demain en fonction des estimations de son talent ». L'étudiant chercherait à accroître son capital humain, c'est-à-dire sa valeur sur le marché du travail. Par ailleurs, de nombreux travaux empiriques mettent en évidence l'existence d'une contrainte d'endettement à laquelle seraient plus sensibles les étudiants issus des milieux modestes (Callender et Jackson, 2005 ; Callender et Jackson, 2008), alors contraints de modifier leurs choix (Cameron et Heckman, 2001 ; Field, 2009), remettant *de facto* en cause l'idée que les frais d'inscription permettraient de rendre plus efficient l'enseignement supérieur. Une fois sortis des modèles mathématiques dont l'argumentation prend pour point de départ les travaux de Becker sur le capital humain (1962) – considérant l'étudiant doté d'une rationalité et d'une information parfaites, capable de connaître sa probabilité de réussir ses études et les gains qu'il en retirera et donc de procéder à un calcul de type coût/avantage – on ne voit toujours pas en quoi les frais d'inscription permettraient de garantir l'efficacité du système universitaire.

2.3 Un système économe en dépenses publiques ?

Enfin, le dernier argument mobilisé dans la littérature économique standard est celui des besoins budgétaires des universités (Trannoy, 2006). Pour bon nombre d'auteurs, les frais d'inscription permettraient en effet d'accroître les moyens financiers dont disposent les universités.

⁸⁵ Les seules modélisations à notre connaissance adoptant une hypothèse d'hétérogénéité des comportements en fonction du milieu social sont celles de Flacher et Harari-Kermadec (2013) et Lecouteux et Moulin (2015).

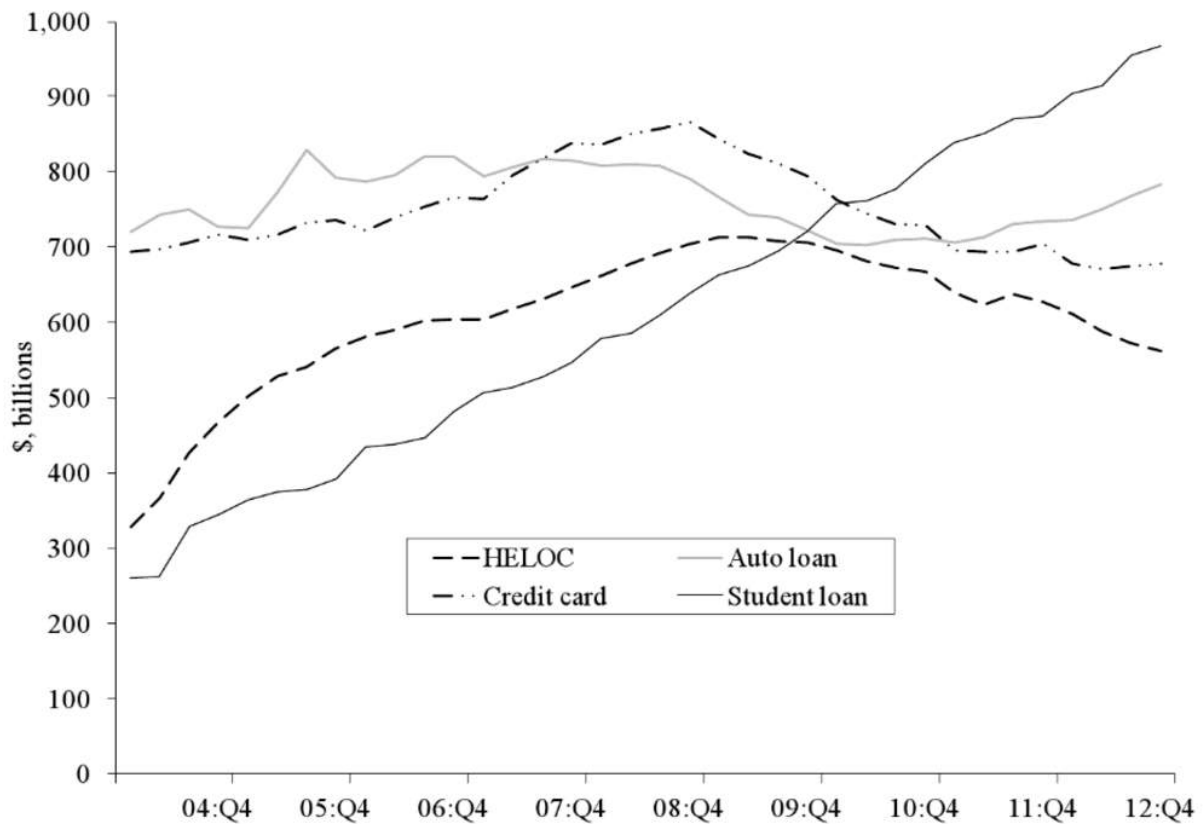
Cependant, si l'on regarde ce qu'il s'est passé à l'étranger : les frais d'inscription ont toujours conduit à une diminution de la dépense publique d'éducation et les mécanismes d'accompagnement des politiques de frais d'inscription se sont révélés très coûteux pour l'État (c'est notamment le cas des prêts à remboursement conditionnel au revenu), venant *de facto* ne rien changer à la situation ou l'aggraver. Ainsi, au Royaume-Uni, par exemple, entre 2005 et 2008, les dépenses privées pour l'université ont augmenté de près de 4 milliards (passant de 5,8 à 9,5 milliards de livres) tandis que les dépenses publiques diminuaient de plus de 2 milliards (passent de 14,1 à 11,9 milliards de livres). En 2012, le triplement du niveau des frais d'inscription en Angleterre, qui s'est accompagné d'une nouvelle baisse des dépenses publiques pour les établissements (de l'ordre de 40 %), coûte plus cher à l'État que l'ancien système sans frais d'inscription triplés et sans baisse des subventions aux établissements. La raison en est simple : l'augmentation du taux de défaut sur les prêts étudiants – qui a déjà dépassé les 40% selon les estimations du gouvernement britannique. La situation est identique aux Etats-Unis : entre 2000 et 2008, les dépenses par étudiant ont diminué alors que la participation financière de ces derniers augmentait (OCDE, 2011, p. 231 et 274) et, en 2011, le Ministère de l'éducation américain a remboursé, suite à l'augmentation du taux de défaut sur les prêts étudiants, 1,4 milliards de dollars à des agences de recouvrement privées (Delapierre, 2012). Par ailleurs, notons que l'on assiste depuis quelques années à une augmentation de la dette étudiante, celle-ci étant passé au-dessus du seuil symbolique des 1 000 milliards de dollars en 2011 aux États-Unis (Avery et Turner, 2012), et du taux de défaut associé, atteignant les 10,8% (Deming et al., 2012). Or, en témoigne la dernière crise économique, l'augmentation du taux de défaut fait peser sur l'économie des risques significatifs. Notons enfin que cette capacité d'endettement des étudiants américains a favorisé l'augmentation des frais universitaires : « En vingt-cinq ans, les frais universitaires ont augmenté de 440 % aux Etats-Unis, soit quatre fois plus vite que l'inflation générale de l'économie américaine. Cette hausse oblige les étudiants à s'endetter en souscrivant des prêts bancaires »⁸⁶. La mesure de la dette étudiante et de ses performances montre un triplement du total de la dette étudiante entre 2004 et 2012, qui est passée de 364 milliards de dollars en 2004 à 966 milliards de dollars en 2012 (Brown et al., 2015), soit une croissance de 14% par an en moyenne. Cette dette de 1 200 milliards de dollars en 2014, est devenue une menace pour l'ensemble de l'économie américaine, avec un niveau plus important que celle des cartes de crédit, comme le montre la figure 9.1 ci-dessous. La dette étudiante, qui dépasse depuis

⁸⁶ Voir l'article du 25 août 2014 dans *Le Monde* de Matteo Maillard intitulé « La crise de la dette étudiante, nouvel enjeu de la présidentielle américaine ».

2010 celle des cartes de crédit, des prêts automobiles et des prêts hypothécaires, ne cesse de croître. Les défauts de remboursements sont de leur coté en croissance régulière et concernent 37% des emprunteurs, 63% remboursent régulièrement leurs dettes (Brown et al., 2015). De plus, certains emprunteurs incapables de rembourser leurs dettes s'excluent du marché du travail et sont en voie de clochardisation.

Figure 9.1 : Comparaison entre différents types de crédits aux États-Unis

Brown et al. (2015, p. 41), d'après les chiffres de la *Federal Reserve Bank of New-York Consumer Credit Panel/Equifax*.



Lecture : Le graphique présente l'évolution de différents types de crédits aux États-Unis. « HELOC » correspond aux crédits hypothécaires, « Credit card » aux paiements par carte de crédit, « Auto loan » aux prêts automobiles et « Student loan » aux prêts étudiants.

Au total, sur les trois principaux arguments mobilisés pour justifier l'introduction et la montée en charge des frais d'inscription, aucun n'est étayé par des éléments de preuve empirique venant attester de la désirabilité de l'entreprise. Il semble au contraire que les seuls arguments sont de nature théorique – ces théories ayant fait par ailleurs l'objet de critique sévères. On

peut alors penser que le débat sur la question est prisonnier de représentations fausses (ou du moins non prouvées) sur la dépense publique alors même qu'il existe d'autres cadres cognitifs pour penser le financement de l'enseignement supérieur.

3. Les frais d'inscription sont-ils la seule issue possible ?

Alors que l'introduction ou l'augmentation des frais d'inscription se fait jour dans de nombreux pays sans pour autant que ce mouvement ne soit appuyé par des éléments probants, il faut se demander s'il s'agit là de la seule manière viable de financer l'enseignement supérieur ? Une manière de répondre à cette question consiste à caractériser les différentes situations nationales de financement de l'enseignement. Pour ce faire, nous utilisons la typologie des États-providence d'Esping-Andersen (1990, 1999). Cette typologie met en évidence trois régimes de protection sociale se différenciant par leur degré de dé-marchandisation⁸⁷ (Polanyi, 1944) ainsi que par la nature, le niveau, le nombre de bénéficiaires et le mode de financement des droits sociaux. Cette typologie usuelle distingue le modèle libéral (de type Etats-Unis) fondée sur la libre prévoyance où la solidarité est résiduelle, le modèle social démocrate (Suède) où la protection sociale se veut universelle et affiche un objectif de réduction des inégalités et le modèle corporatiste conservateur (du type allemand) qui est fondé sur des protections différentes selon les professions ou corporations. Ce modèle est qualifié de « conservateur » car, selon son auteur, il repose sur la défense d'avantages acquis par les différentes professions. Cette typologie a été fortement critiquée mais elle s'est imposée comme une typologie de référence commode pour classer les différents pays. Nous l'utilisons dans ce sens et non comme référence incontournable et faisant autorité.

Le tableau 9.1 met en évidence les différences existantes entre les trois régimes de cette typologie.

⁸⁷ Le degré de dé-marchandisation peut être défini comme le degré par lequel les individus arrivent à maintenir un niveau de vie qui est jugé socialement acceptable sans avoir recours aux mécanismes de marché.

Tableau 9.1 : Caractéristiques des régimes d’États-providence d’Esping-Andersen (1990,1999)

	Régime libéral	Régime social-démocrate	Régime corporatiste conservateur
Mode de régulation	Marché	État	Intermédiaire
Nature de la protection sociale	Sélective	Universelle	Contributive
Bénéficiaires de la protection sociale	Individus les plus défavorisés	Tous les citoyens	Les travailleurs
Niveau de protection sociale	Faible	Fort	Modéré
« Philosophie » du système de protection sociale	Responsabilité individuelle	Valeurs d’universalisme et d’égalitarisme	Hiérarchisation des professions

Dans un article initialement publié dans la revue *Éducation et sociétés*, Moulin (2015) compare les situations nationales de financement de l’enseignement supérieur à la typologie d’Esping-Andersen. Pour ce faire, il utilise une série de clés de répartition qu’il déduit du tableau ci-dessus qui établit les principales caractéristiques des différents régimes d’États-providence. Dans la suite, nous présentons les différentes clés de répartition utilisées⁸⁸.

1. Les taux d’accès et de réussite dans l’enseignement supérieur. Les bénéficiaires de l’éducation devraient être de nature et en nombre différent suivant les régimes

⁸⁸ Les pays ont été classés *a posteriori* dans les différents régimes en fonction des clés de répartition.

institutionnels. Ainsi, dans les pays libéraux, mettant l'accent sur la responsabilité individuelle, et dans les pays de type social-démocrate, dont la philosophie repose sur des valeurs d'universalisme et d'égalitarisme, les taux d'accès et de réussite devraient être plus élevés que dans les pays conservateurs, dont le système d'enseignement supérieur ne devrait que reproduire la structure de classe. Nous reportons dans le tableau 9.2 les taux d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur de différents pays.

2. La nature et le poids des dépenses d'éducation. Ceux-ci devraient également varier en fonction des régimes institutionnels. Ainsi les dépenses devraient être plus importantes dans les régimes social-démocrate et libéraux, en étant principalement public dans le premier cas et privé dans le second, que dans les pays du régime corporatiste conservateur, où la dépense d'éducation devrait être répartie de manière moins binaire entre le secteur public et le secteur privé. Nous reportons dans le tableau 9.3 les parts publiques, privées et totales des dépenses d'enseignement supérieur au titre des établissements en % du PIB dans différents pays en fonction du régime qui les caractérise.
3. La fréquentation des établissements publics et privés. De la même manière que précédemment, les établissements publics seront davantage fréquentés dans les régimes social-démocrate et corporatiste conservateur, dans lesquels l'État-providence joue un rôle plus important que dans le régime libéral, prônant le recours au marché pour la fourniture de l'enseignement supérieur. Nous reportons dans le tableau 9.4 la répartition des étudiants entre le secteur public et privé d'enseignement supérieur dans différents pays en fonction du régime qui les caractérise.
4. Le niveau des frais d'inscription. Ils devraient être plus élevés dans le régime libéral, l'étudiant devant supporter en grande partie le coût de l'éducation, modérés dans le régime conservateur, dans lequel l'État joue un rôle dans la fourniture des services éducatifs en parallèle de l'existence d'un service privé d'enseignement, et faibles dans les pays du régime social-démocrate, l'État-providence se devant de supprimer les barrières d'accès aux études. Les données reportées dans le tableau 9.5 permettent de se faire une idée du coût moyen de la scolarité dans les différents pays étudiés. Ces données sont tirées de multiples sources disponibles dans le chapitre 3 de la thèse de Moulin (2014).
5. La nature et le niveau des mécanismes d'accompagnement. En accord avec la

philosophie de chaque régime, les aides aux étudiants devraient consister principalement en l'octroi de bourses universelles d'un montant important dans les pays du régime social-démocrate, de bourses sur critères sociaux et académiques et de politiques familiales limitant la redistributivité dans les pays conservateurs et de bourses sur critères académiques ou sociaux et de prêts dans les pays du régime libéral. Le tableau 9.6 reporte le montant et conditions des bourses, ceux des prêts ainsi que l'existence d'autres mécanismes d'accompagnement dans les différents pays considérés.

Tableau 9.2 : Taux d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur

Pays	Taux d'accès (en %)	Taux d'obtention d'un diplôme (en %)
Régime social-démocrate		
Danemark	71	50
Finlande	68	49
Norvège	76	47
Suède	72	38
Régime libéral		
Australie	96	60
Canada	-	37
Chili	45	20
États-Unis	72	39
Japon	52	44
Nouvelle-Zélande	76	55
Royaume-Uni	64	43
Régime conservateur		
Allemagne	46	31
Espagne	53	38
France	38	36
Grèce	40	25
Italie	48	32

OCDE	60	39
<p>Source : OCDE (2013).</p> <p>Notes : Le taux d'accès est celui de l'accès à une formation d'enseignement tertiaire de type A, définie par l'OCDE comme : « les cursus “longs” [qui] ont des contenus théoriques et visent à préparer les étudiants à accéder à des programmes de recherche de haut niveau ou à l'exercice de professions exigeant un niveau élevé de compétences comme la médecine, la dentisterie ou l'architecture. La durée de ces cursus représente au moins 3 (mais plus souvent 4) années d'études à temps plein » (OCDE 2013, p. 23).</p> <p>L'obtention d'un diplôme est définie par l'OCDE comme celle sanctionnée à l'issue d'une première formation tertiaire de type A (OCDE 2013).</p>		

Tableau 9.3 : Part des dépenses publiques/privées en % du PIB au titre des établissements d'enseignement supérieur

Pays	Dépenses (en % du PIB)		
	Publiques	Privées	Totales
Régime social-démocrate			
Danemark	1,8	0,1	1,9
Finlande	1,9	0,1	1,9
Norvège	1,6	0,1	1,7
Suède	1,6	0,2	1,8
Régime libéral			
Australie	0,8	0,9	1,6
Canada	1,5	1,2	2,7
Chili	0,7	1,7	2,4
États-Unis	1,0	1,8	2,8
Japon	0,5	1,0	1,5
Nouvelle-Zélande	1,0	0,5	1,6
Royaume-Uni	0,7	0,6	1,4
Régime conservateur			
Allemagne	1,1	0,2	1,3
Espagne	1,1	0,3	1,3

France	1,3	0,2	1,5
Grèce	1,4	0,1	1,5
Italie	0,8	0,2	1,0
OCDE	1,0	1,1	2,1
Source : OCDE (2008, 2012) pour la Grèce et l'Allemagne et OCDE (2013) pour les autres pays.			

Tableau 9.4 : Répartition des étudiants entre le secteur public et privé d'enseignement supérieur

Pays	Répartition (en %)	
	Public	Privé
Régime social-démocrate		
Danemark	-	-
Finlande	74	26
Norvège	85	15
Suède	93	7
Régime libéral		
Australie	96	4
Canada	-	-
Chili	23	77
États-Unis	70	30
Japon	25	75
Nouvelle-Zélande	-	-
Royaume-Uni	0	100
Régime conservateur		
Allemagne	96	4
Espagne	88	12
France	86	14
Grèce	-	-
Italie	88	12
OCDE	-	-
Source : OCDE (2013).		

Notes : La modalité privée regroupe les établissements privés subventionnés par l'État et les établissements privés indépendants.

Tableau 9.5 : Niveau des frais d'inscription

Pays	Niveau des frais d'inscription
Régime social-démocrate	
Danemark	Pas de frais
Finlande	Pas de frais
Norvège	Pas de frais
Suède	Pas de frais
Régime libéral	
Australie	2 289 à 4 238 \$
Canada	2 980 \$ en moyenne
Chili	5 885 à 6 345 \$
États-Unis	8 893 à 22 203 \$
Japon	5 019 à 5 106 \$
Nouvelle-Zélande	2 533 \$ en moyenne
Royaume-Uni	8 630 £ en moyenne – 9 000 £ max
Régime conservateur	
Allemagne	200 €
Espagne	713 à 4 734 €
France	183 à 254 €
Grèce	3 625 € en moyenne – 12 000 € max
Italie	1 300 € en moyenne
Source : Moulin (2014).	

Tableau 9.6 : Les mécanismes d'accompagnement

Pays	Bourses	Prêts	Autres mécanismes
Régime social-démocrate			
Danemark	Allocation universelle de 389 à 783 € par mois – dépend du mode de résidence de l'étudiant	– Prêts de 400 € par mois si l'étudiant perçoit une allocation (1 033 € sinon); remboursement sur 15 ans, r=4%	Non
Finlande	– Bourses d'études : 55 à 298 € par mois – dépend du mode de résidence et du revenu de l'étudiant – Bourses pour le logement : 202 € maximum par mois	Prêts de 300 € par mois	Non
Norvège	Aide de 11 238 € par an sous la forme initiale d'un prêt, dont 40% maximum peut être converti sous la forme d'une bourse		Non
Suède	Allocation universelle de 3 167 € par an	Prêts de 761 € maximum par mois; remboursement proportionnel au revenu	Non
Régime libéral			
Australie	Programmes ciblés en fonction de certains critères très spécifiques	– Prêts : de 90 151 à 112 691 \$ par an – dépend des études; remboursement proportionnel au revenu, r = 4 – 8%	Oui
Canada	Bourses sur critères sociaux : de 91 à 228 \$ par mois dans les provinces du NSLSC	768 \$ par mois dans les provinces du NSLSC	
Chili	Bourses sur critères sociaux et/ou académiques : de 1 000 à 3 335 \$ par an	Les prêts sont alloués par différents organismes privés et dépendent des besoins des étudiants (et notamment de leurs frais d'inscription)	
États-Unis	Bourses de 4 900 \$ en moyenne par an	Prêts de 6 600 \$ en moyenne par an	
Japon		Prêts publics sur critères sociaux et académiques : de 315 à 720 \$ par mois –	

Nouvelle-Zélande	Bourses sur critères sociaux : 135 à 169 \$ par semaine – dépend du revenu de l'étudiant et du mode de résidence	dépend du mode de résidence de l'étudiant – Prêts pour frais d'inscription : 28 702 \$ maximum par an – Prêts pour les coûts liés à l'enseignement : 820 \$ par an – Prêts pour les coûts de vie : 142 \$ par semaine Remboursement proportionnel au revenu, r = 12%	
Royaume-Uni	Bourses sur critères sociaux : 3 354 £ maximum par an	– Prêts pour les coûts de vie : de 4 375 à 7 675 £ par an – dépend du lieu et du mode de résidence – Prêts pour frais d'inscription : 9 000 £ maximum par an ; remboursement proportionnel au revenu : r = 3%, revenu minimum de 21 000 £ par an, période de remboursement de 30 ans maximum	Non
Régime conservateur			
Allemagne	– Bourses sur critères sociaux : de 10 à 670 € par mois – 448 € en moyenne – Bourses sur critères académiques : de 150 à 820 € par mois	Prêts pour les coûts de vie : de 7 200 à 54 600 € pour la durée des études	Oui
Espagne	Bourses sur critères sociaux et académiques : 244 à 6 241 € par an – 2 497 € en moyenne	Pas de prêts publics	Non
France	Bourses sur critères sociaux : 5 500 € maximum par an	Prêts publics : 15 000 € maximum par an	Oui
Grèce	Bourses sur critères sociaux et académiques : 1 476 € à 8 400 € par an – dépend du cycle d'études	Prêts sur critères sociaux et académiques	Oui

Italie	(concerne 1% des étudiants) Bourses sur critères sociaux et académiques : 1 904 à 5 062 € – dépend du mode de résidence	Pas de prêts publics	Non
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-----

Source : Moulin (2014).

La vérification des différentes hypothèses formulées précédemment nous permet de valider empiriquement la conformité des situations nationales en termes de financement de l'enseignement supérieur à la typologie des États-providence d'Esping-Andersen (1990, 1999). Les principales caractéristiques des régimes d'État-providence sont synthétisées dans le tableau 7.

Tableau 9.7 : Caractéristiques des régimes d'États-providences

Caractéristiques / Régimes	Social-démocrate	Libéral	Conservateur
Pays	Danemark, Finlande, Norvège, Suède	Australie, Canada, Chili, États-Unis, Japon, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni	Allemagne, Espagne, France, Grèce, Italie
Part relative financements public/privé	Élevée	Faible	Intermédiaire
Frais d'inscription	Inexistants ou quasi-inexistants	Élevés	Modérés ou faibles
Bourses	Universelles ou en fonction du mode de résidence	Sur critères sociaux ou académiques	Sur critères sociaux et académiques
Prêts	Modérés	Élevés	Quasi inexistants
Autres mécanismes d'accompagnement (allocations familiales,	Non	Quasi inexistants	Oui

déductions fiscales, etc.)			
Taux accès	Relativement élevé	Relativement élevé	Relativement faible
Taux d'obtention d'un diplôme	Relativement élevé	Relativement élevé	Relativement faible

Les régimes d'État-providence et leurs caractéristiques renvoient à des conceptions politiques de l'éducation radicalement différentes. Dans la suite, nous présentons ces caractéristiques, tout en s'interrogeant sur l'efficacité relative des différents systèmes ainsi que sur leur capacité à co-exister de manière stable dans un marché globalisé de l'enseignement supérieur. Si une étude fine sur ce sujet mériterait des travaux plus approfondis, nous souhaitons ouvrir là quelques pistes de recherche.

Le régime libéral se caractérise par des frais d'inscription élevés (couvrant une partie importante, si ce n'est la totalité, du coût de l'enseignement) à la charge de l'étudiant et par une part de la dépense privée en enseignement supérieur supérieure à celle de la dépense publique. Dans ce type de pays, et conformément aux enseignements de la théorie du capital humain, l'étudiant est vu comme un capitaliste investissant dans ses études dans l'espoir de dégager un rendement individuel futur. Pour aider les étudiants à payer leurs frais d'inscription, les pays de ce régime se sont dotés de véritables marchés des prêts étudiants, responsabilisant (Casta, 2012) et « docilisant » (Chomsky, 2010) les étudiants. Dans ces pays, les bourses sont octroyées avant tout sur critères académiques, témoignant de l'ancrage profond de l'idéal méritocratique dans les valeurs de ces sociétés. Par ailleurs, les taux d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur des pays de ce régime sont importants mais moins élevés que dans ceux du régime social-démocrate.

Le régime social-démocrate se caractérise par une absence de frais d'inscription. Dans les pays du régime social-démocrate, les étudiants ne payent pas de frais d'inscription et perçoivent une allocation d'étude durant toute la durée de celles-ci pour faire face aux dépenses de la vie courante (logement, nourriture, matériel scolaire, transport, etc.). Le financement de ces allocations est assuré par l'État via le système d'imposition. La vision de l'étudiant qui se dessine dans ces pays n'est plus celle d'un capitaliste – comme dans les pays du régime libéral – mais celle d'un jeune en quête d'autonomie (80 % des étudiants sont décohabitants, Maguain, 2004) qui participe à la création de richesse dans la société, au même titre que n'importe quel travailleur. Contrairement au système libéral dans lequel les études

sont vues comme le fruit d'un calcul rationnel opposant coûts et gains liés au passage par l'enseignement supérieur, celles-ci sont vues dans les pays du régime social-démocrate comme un temps d'apprentissage qui permet aux jeunes de trouver leur voie et de s'accomplir (Charles, 2013 ; (Van de Velde, 2008). Loin de l'idéal méritocratique des pays du régime libéral, le régime social-démocrate promeut l'égalité des chances ; l'importance des rendements privés de l'éducation est ici mise au second plan face à celle des rendements collectifs. Naturellement dans un tel système, caractérisé également par une part des dépenses publiques largement supérieure à celle des dépenses privées, les taux d'accès et de réussite dans l'enseignement sont très élevés.

Enfin, le régime conservateur se caractérise par des frais d'inscription modérés et des bourses accordées principalement sur critères sociaux, et dans une moindre mesure sur critères académiques, traduisant l'ancrage fort de ces pays aux valeurs égalitaires et méritocratiques. Les montants de ces bourses sont inférieurs à celles des pays du régime libéral et du régime social-démocrate, ne permettant généralement pas à l'étudiant qui en bénéficie de faire face aux coûts d'une scolarité et aux coûts de la vie durant ses études. Les pays du régime conservateur limitent ainsi l'autonomie des étudiants, faisant reposer le financement des études, non plus sur l'État comme dans les pays du régime social-démocrate ou sur l'étudiant comme dans les pays du régime libéral, mais sur la famille. L'étudiant y est alors vu comme un « jeune apprenant », pour reprendre la formulation de Charles (2012). Les prêts sont relativement peu développés dans les pays de ce régime, le financement est principalement public (bien que la part du financement privé ait tendance à augmenter ses dernières années) et le poids des autres mécanismes d'accompagnement est relativement important (déductions fiscales, allocation familiales, etc.) bénéficiant aux ménages les plus aisés et permettant ainsi la reproduction sociale. Les caractéristiques des pays de ce régime les conduisent à avoir les taux les plus faibles d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur.

Le régime conservateur apparaît ainsi coincé entre deux régimes stables à long terme (par stable nous entendons capable d'assurer des taux d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur importants). Ces deux régimes stables ont des visions radicalement différentes de l'éducation : elle est vue comme une activité économique dans les pays du régime libéral, mettant l'accent avant tout sur les rendements individuels de l'enseignement supérieur, ou comme un vecteur d'émancipation intellectuelle du plus grand nombre dans les pays du régime social-démocrate, qui accordent une importance beaucoup plus grande aux retombées sociales de l'éducation. Le régime conservateur limite drastiquement les opportunités des

étudiants en les faisant dépendre de leur milieu social d'origine. Les tentations sont grandes pour les pays de ce type de régime à vouloir modifier leur système d'enseignement supérieur et à tendre vers un régime de type libéral, à l'image des débats qui ont agité la France ces dernières années, mais aussi l'Espagne ou encore l'Allemagne. Cette tendance n'est pas sans effet sur les systèmes sociaux de ces pays : elle conduit à transformer la nature même du bien éducatif, le faisant passer du statut de bien collectif à bien privé. Le régime libéral conduit ainsi à instaurer une relation marchande du bien éducatif, dont la finalité des études n'est vue qu'en termes d'utilité économique (Granger, 2015). Or ce régime, nous l'avons évoqué précédemment, ne permet pas d'assurer l'équité, l'efficacité et de couvrir les besoins de financement de l'enseignement supérieur. Face aux risques que fait peser un tel système d'enseignement supérieur, il est pourtant possible de concevoir, à l'image du travail mené par Flacher et al. (2012), un autre système de financement de l'enseignement supérieur qui s'inspirerait davantage de la philosophie mise en œuvre dans les pays du régime social-démocrate... Il ne s'agit là que d'un choix de société.

Conclusion de la partie 3

Dans cette partie, nous avons pris au sérieux l'hypothèse selon laquelle la réduction souhaitée et réalisée de la dépense publique ne signifie pas la suppression de la dépense. Les besoins restent en effet à satisfaire. Le dénigrement de la dépense publique se traduit alors par un transfert de charge du public vers le privé.

L'analyse a été menée sur 2 cas exemplaires : la santé et l'éducation. Ils sont exemplaires du fait de leur poids dans l'économie mais aussi de leur primordialité dans la vie des individus. Santé et éducation ne sont pas des biens comme les autres et sont détachés de l'univers habituel de la marchandise. Chacun reconnaît ainsi leur rôle capital sur le bien-être et la capacité de maîtriser sa vie. La réduction des dépenses publiques dans ces secteurs a des effets profonds.

On a, pour ce faire, mobilisé le concept de privatisation qui doit s'entendre dans le sens d'une pluralité de privatisations. Le transfert du public au privé touche aussi bien le financement des dépenses de santé et d'éducation que la délivrance des biens et services. Cette privatisation peut être imposée aux individus qui l'endurent comme la hausse des frais d'inscription à l'université ou la hausse des restes à charge pour les soins de santé. Mais le processus de privatisation peut aussi désigner la stratégie consistant à transformer des services publics d'éducation et de santé en entreprises privées. A l'hôpital comme dans les établissements d'éducation, les managers sont invités à appliquer les règles du secteur privé considérées comme des règles de « bonne » gestion. L'originalité et l'identité d'un service public sont considérées comme surannées et doivent s'effacer derrière des critères de performance forgés par et pour le secteur privé.

Dans ces deux secteurs, santé et éducation, nous avons montré que ces stratégies de privatisation sont plus inefficaces et plus inégalitaires.

En matière de santé, le patient est largement mis à contribution pour financer ses propres frais de santé. Le transfert de charge de la Sécurité sociale vers le patient transite par le poids grandissant de l'assurance privée complémentaire, les dépassements d'honoraires se sont étoffés comme les déserts médicaux et l'hôpital se moque ouvertement de la charité et devient un laboratoire de la concurrence. C'est une pluralité de privatisations, qui va du financement à l'organisation des soins, qui anime désormais le secteur de la santé.

La défaite du patient est largement imputable au recul de la dépense publique et au dénigrement du secteur public ouvrant le secteur aux opérateurs privés qui déploient leur marché. Le risque santé est, en effet, un risque rentable pour les entreprises privées qui animent le secteur de la santé (assurances complémentaires, cliniques, industrie pharmaceutique etc.) ou les médecins libéraux qui pratiquent des tarifs élevés. Néanmoins, le capitalisme sanitaire ne se développe pas sous l'effet d'un simple transfert de charge du public vers le privé. Il a besoin de dépense publique. Aussi, le nouveau régime de régulation sanitaire n'a pas pour objectif d'être économe en dépense de santé. Il cherche à mieux la répartir entre budgets publics et budgets privés. Ce « partenariat public-privé » s'exprime dans la thématique désormais incontournable de la séparation des risques. Le « petit risque » doit être financé par les individus eux-mêmes au nom de l'incantation à la responsabilité. Le gros risque sera pris en charge par les budgets publics pour des malades qui ne sont pas des bons clients pour les opérateurs privés. Il ne s'agit de rien d'autre qu'une application au secteur de la santé d'une stratégie classique du capitalisme : « socialisation des pertes et privatisation des profits ». Cette segmentation des risques enchevêtre dépense publique et dépense privée, la seconde pouvant induire la première quand certains soins ou patients ne sont pas jugés suffisamment rentables.

L'exemple des frais d'inscription à l'université relève de la même logique en s'appuyant sur la libéralisation progressive des tarifs et le développement des mécanismes d'endettement sur le modèle anglo-saxon. L'analyse présentée dans cette partie s'appuie notamment sur des expériences naturelles comme à l'Université Paris-Dauphine. Ce nouveau système d'augmentation des frais d'inscription se prétend équitable en arguant qu'il permettrait de faire payer ceux qui vont à l'université (les classes favorisées) et non ceux qui n'y vont pas. Mais la recension des études empiriques montre qu'il ne résout en rien l'auto-exclusion des étudiants de milieu modeste et est de plus le véhicule de l'accentuation de la ségrégation universitaire (comme à Dauphine). La hausse des frais d'inscription se veut également efficiente car payer attirerait les bons étudiants et évincerait les mauvais. Cet argument d'une sur-motivation par le porte monnaie ne tient pas plus que l'argument précédent. Cette pratique est au contraire de nature à induire un risque de marchandisation et de clientélisme en prenant pour agent comptant une vision survalorisée des études en termes d'investissement en capital humain. Enfin, en augmentant les frais d'inscription ; réduit-on vraiment la dépense publique tout en accroissant les moyens financiers des universités. Les études empiriques montrent que

ces dispositifs conduisent à une baisse des subventions, comme au Royaume Uni et à une explosion de la dette étudiante appelant une consolidation publique.

En matière de santé comme d'éducation, avec des mécanismes différents, la baisse de la dépense publique conduit souvent à une hausse de la dépense publique.

Conclusion générale

La rédaction de ce rapport est motivée par le contexte de dénigrement de la dépense publique qui repose sur la naturalisation d'une opinion (« la dépense publique est trop élevée ») appelant des politiques nécessairement restrictives. Ce travail a cherché à dénaturiser cette conception qui ne repose ni sur des réalités statistiques incontournables ni sur un consensus scientifique.

Le travail de recherche s'est focalisé sur 2 questions essentielles : (i) Que signifie le dénigrement de la dépense publique ? (ii) Que produit ce dénigrement ?

(i) La critique dont fait aujourd'hui l'objet la dépense publique est historiquement située et tranche avec l'éloge raisonné dont elle a fait l'objet dans les années d'après seconde guerre mondiale. Elle ne se confond pas avec la critique de l'intervention de l'Etat. Au contraire, et on a essayé d'étayer cette idée, la critique de la dépense publique est (sup)portée par les Etats qui en font une publicité négative. Enfin, la traduction chiffrée de cette critique est contrastée. S'il existe des coupes significatives dans les dépenses publiques, particulièrement dans les dernières années et sur les domaines de la santé et de l'éducation (IRES, 2014) qui apparaissent ainsi comme des terrains d'étude privilégiés, on ne peut pas complètement associer la critique de la dépense publique à sa réduction quantitative. Le discours sur la « nécessaire » réduction de la dépense publique se nourrit de son augmentation comme si l'appel à la réduction avait besoin de cette augmentation.

(ii) La critique de la dépense publique est souvent menée au nom du poids qu'elle fait porter sur les acteurs privés. En pesant sur le privé, elle constituerait une *charge* dont le secteur privé pourrait soit se passer soit l'assumer à moindre frais. Dans le premier cas (se passer de la charge), la dépense publique est décrétée improductive, particulièrement quand elle se traduit par des emplois de fonctionnaires. Elle est associée à un prélèvement indu sur la richesse nationale. On pourrait alors s'en passer ou à tout le moins la réduire drastiquement sans compromettre le bien être individuel et collectif. Or, la dépense publique est productive car elle crée de la richesse. Elle a une valeur en soi. Elle a une utilité sociale tout autant qu'une utilité économique. Dans le second cas (le privé fait mieux que le public), les missions publiques seraient mieux assumées et à moindre coût par le secteur privé. La stratégie de privatisation, dont le projet de recherche cherche à donner une structuration globale, traduit

l'ambition de réduire la taille du secteur public sans renoncer à la satisfaction des besoins s'ils sont dorénavant pris en charge par le privé. Le prélèvement public devient un prélèvement privé qui est jugé plus vertueux.

Dans une première partie, on s'est interrogé sur les maux supposés de la dépense publique quand ils sont mis en mots et en chiffres. Comme les données statistiques sur la dépense publique ne sont pas des données mais des constructions sociales, il faut s'interroger sur ce que les chiffres (tout particulièrement ceux de l'OCDE) donnent à voir. Tout d'abord, le ratio dépense publique sur PIB de la France qui est jugé élevé (57 %) n'apparaît pas aussi inquiétant que le discours dominant sur la dépense publique voudrait nous le faire croire. Il n'y a pas de singularité française. Les évolutions de la dépense publique sont similaires pour beaucoup de pays européens sur la période 1995-2015. Les évolutions sont sensibles par construction statistique à l'évolution du PIB (particulièrement en période de crise ou post crise) et le ratio peut se modifier à la hausse ou à la baisse sans que la dépense publique évolue. L'affichage en France d'un niveau trop élevé de dépense publique ne peut pas s'expliquer ou être justifié par une réalité objective chiffrée.

Dans cette perspective, nous avons constaté que les conventions statistiques et langagières reposaient sur des présupposés, 3% de déficit public, endettement inférieur à 60 % du PIB, etc., qui peuvent présenter l'avantage de la simplicité et constituer des garde-fous dans certaines circonstances, mais ne relèvent d'aucune vérité scientifique. En situation de crise, en particulier, plusieurs pays qui se sont exonérés de ces contraintes ont rapidement rebondi, comme l'Irlande, avec une dette totale de 900% du PIB en 2010, ou la Malaisie. A l'inverse, des pays comme la Grèce qui s'y sont conformés à la lettre (ou presque) ont une économie profondément affaiblie.

Les conventions statistiques, indispensables à toute comparaison internationale, sont également instrumentalisées pour entretenir une « illusion statistique », en choisissant des dates et des périodes particulières. Ainsi, de nombreux articles se félicitent du redémarrage de l'économie Espagnole avec une croissance de 1,4% en 2014, pourtant, en comparant le PIB de 2014 à celui de 2010, on mesure un effondrement de l'économie espagnole. Ces conventions statistiques mesurent l'échec majeur des politiques de désinflation compétitive (baisser les salaires pour faire baisser les prix) en ce qui concerne la diminution du chômage et l'accélération de la croissance. Ces choix, rarement mis en cause dans la presse généraliste, ont pourtant un caractère arbitraire et orienté. Mais surtout, ces choix imposent un carcan qui

permet d'occulter l'objet même des politiques publiques, tels que la santé, la pauvreté, les inégalités, etc.

Cette illusion statistique débouche sur des discours et mot d'ordre qui structurent l'apparente naturalité du discrédit dont la dépense publique fait l'objet. On a repéré ces investissements de forme qui vont donner autorité au discours péjoratif sur la dépense publique. Au-delà des objets statistiques, il s'agit de représentations forgées par le référentiel marchand de politique publique qui forge un système de ressources cognitives d'obédience néolibérale imprégnant la politique publique. Ces représentations trouvent leur légitimité dans des communautés épistémiques qui lui donnent résonance : la théorie économique orthodoxe, parce qu'elle fonctionne en verrouillant institutionnellement les idées concurrentes, et les organismes internationaux et notamment l'union européenne, qui diffusent une bonne façon de penser. Ces institutions approvisionnent le « sens commun réformateur » et arme la critique de la dépense publique pour montrer que la seule voie possible est sa réduction.

Pourtant, on peut étayer une toute autre conception. On a ainsi montré que la modernité de la critique de la dépense publique est un leurre. La critique est très ancienne et la dépense publique a toujours été dénigrée. Les termes du débat d'hier différent peu de ceux d'aujourd'hui. L'examen du traitement du déficit de la sécurité sociale en 1949 est éloquent à ce sujet. On retrouve les mêmes arguments mais un rapport de force différent.

Dans la deuxième partie, on s'est focalisé sur la question de la légitimité de la dépense publique en identifiant ce qu'elle fait. Il est apparu que la dépense publique, généralement suspectée d'être improductive, est au contraire très productive. On a recensé dans cette perspective les arguments d'utilité économique de la dépense publique : ses effets sur la croissance, sur les revenus, sur l'emploi, sur la réduction des inégalités. L'examen montre que l'objectif de baisse de la dépense publique relève davantage d'une position idéologique que d'un objectif économique analysé. Nous avons montré que la dépense publique crée directement et indirectement de la richesse, en contribuant, par des investissements ou par des commandes au bon fonctionnement d'entreprises privées. La dépense publique contribue aussi au développement d'activités privées en rendant solvable une demande qui ne le serait pas. Mais nous avons aussi remarqué, comme ont pu le constater tardivement les experts du FMI, que la dépense publique produisait plus de richesse que le montant dépensé, singulièrement pour les dépenses de santé et d'enseignement supérieur, en raison d'un

multiplicateur budgétaire important qui engendre des effets de ruissellement sur l'ensemble de l'économie

On a aussi insisté sur l'utilité sociale de la dépense publique et sa valeur en soi dans le bien-être et le lien social. On a alors étayé l'idée que la dépense publique produit (i) et elle produit de la santé (ii).

(i) L'investissement public (et la dépense liée) n'est pas un prélèvement mais une production. Les fonctionnaires sont productifs. Ils créent de la richesse valorisée par de la monnaie et comptabilisée dans le PIB. Les règles de la comptabilité nationale, harmonisées au plan international, le reconnaissent. Ainsi, les fonctionnaires quelle que soit leur activité contribuent au PIB à la hauteur de leur salaire. L'idéologie libérale a cherché à convaincre que seule la production marchande serait créatrice de valeur. Ce qui est faux. Ce qui est en jeu avec la dépense publique n'est donc pas un problème de ponction des productifs par des improductifs mais une nouvelle façon de produire de la valeur. Lorsqu'une société considère que le service public peut mieux s'occuper de certaines activités que les autres secteurs de l'économie alors elle valorise ce nouveau service par des dépenses publiques. Il n'y a pas de ponction sur le secteur privé mais seulement la reconnaissance de la valeur produite par le secteur public. L'augmentation de l'impôt signifie qu'une société donnée considère nécessaire soit l'augmentation du périmètre de l'action publique soit qu'il convient de mieux valoriser la production publique par rapport à la production privée à périmètre constant (à chaque fois, quelles qu'en soient les raisons).

(ii) Les dépenses publiques ont un impact sur la santé des populations. Cette argumentation est particulièrement originale dans la perspective de restaurer la légitimité de l'action publique. On considère que la santé des populations est un objectif central des politiques économiques. Les questions économiques se repositionnent sur des questions de santé. Les différentes crises sociales et écologiques sont des crises sanitaires : les conséquences sociales de la crise économique et les dommages environnementaux ont des traductions sanitaires. La santé est l'un des ingrédients majeur du bien-être individuel et collectif, la modalité propre du vivre bien selon l'expression du philosophe Paul Ricœur. Elle est considérée par les populations comme un résultat fondamental. Si elle n'a pas de prix, elle a de la valeur. Dès lors, la santé peut prétendre fournir une nouvelle boussole pour juger des politiques publiques. On peut en conséquence juger de l'utilité sociale de la dépense publique au regard de son effet sur la santé des populations concernées. On a développé deux séries d'étude. Dans la

première, on étudie le rôle des inégalités sur la santé. Les sociétés inégalitaires affectent la santé publique. Or, la dépense publique réduit les inégalités. Lorsque la puissance publique contribue à la réduction des inégalités, cela améliore l'état de santé pour tous. Indépendamment des effets des systèmes de protection sociale sur le PIB, il devient de toute première importance de dire que parce que ces systèmes réduisent les inégalités, ils ont une valeur en soi : ils produisent une meilleure santé. Dans la seconde série d'études, on analyse la façon dont les récessions et les politiques d'austérité impactent la santé. Des politiques alternatives privilégiant la hausse ou le maintien de la dépense publique peuvent à la fois être bénéfiques à l'économie mais aussi à la santé des populations.

Cette évolution est particulièrement marquée dans les pays qui ont connu une profonde dislocation de leur système de santé publique, comme la Grèce (Burgi, 2014), avec des effets directs sur l'espérance de vie, le développement de maladies infectieuses, la croissance du taux de suicides, etc. Les travaux de Basu et Stuckler (2013), ont établi que la détérioration de l'état de santé des populations n'est pas causée par une crise économique mais par les choix mis en place pour répondre à la crise économique (différente à travers les pays). La constitution d'une protection sociale forte (assurance santé publique, soins gratuits, assurance chômage généreuse, aide au logement, etc.) serait alors le garant de la santé des populations, malgré la force de la crise économique. A l'inverse, une réponse à la crise par des politiques d'austérité (réduction des budgets publics de tout ordre, politique monétaire restrictive, etc.) serait la voie principale pour accélérer la détérioration de l'état de santé de la population. Cette seconde solution révèle « une préférence, un consensus inavoué » pour la dégradation de l'état sanitaire de la population.

Du point de vue de la performance économique, les dépenses sont mieux maîtrisées dans les pays à protection sociale forte que dans les pays qui ont installé une couverture santé publique minimale, comme aux Etats Unis avant 2015. On constate dans ce pays l'implantation d'une couverture sociale privée importante (cotisations des entreprises) mais contrastée, avec des populations bien (voire très bien) couvertes et des populations peu ou mal couvertes. Ainsi, en 2013, le taux de mortalité infantile aux Etats-Unis était de 5,96 nourrissons pour 1 000 naissances (National Center for Health Statistics), contre 4 pour 1 000 en France, le taux était de 11,1 décès pour 1 000 naissances pour la population noire non-hispanique, ce taux allant jusqu'à 40 pour 1000 dans certains quartiers (UNICEF). Pourtant les USA consacrent à la santé 17 % de leur PIB, contre 10 à 11 % pour les pays européens, pour une population moins bien soignée.

La partie 3 s'est intéressée à la privatisation de la dépense publique et au recours au secteur privé, jugé plus performant pour satisfaire les besoins qui étaient pris en charge par le public. Si l'hypothèse selon laquelle le secteur public et la dépense publique sont plus efficaces pour protéger la santé des populations est avérée, pourquoi alors vouloir transférer de la dépense publique vers la dépense privée. Cette stratégie de privatisations, très développée, consiste à faire satisfaire les besoins par des organismes privés. Il s'agit de transférer du prélèvement obligatoire public vers du prélèvement obligatoire privé car les dépenses liées à la santé, à la dépendance, à l'éducation, sont souvent des dépenses contraintes pour les ménages. On a montré combien cette stratégie de privatisation se déployait sur différents terrains. Elle ne touche pas que le financement mais aussi la délivrance des biens et services.

On a particulièrement étudié les dépenses de santé et d'éducation qui sont deux cas exemplaires. Dans ces deux secteurs, santé et éducation, nous avons montré que ces stratégies de privatisation sont plus inefficaces et plus inégalitaires.

Elles sont inégalitaires car elles frappent d'abord les plus fragiles. L'assurance santé privée est très inégalement répartie en dépit de la généralisation de la complémentaire et les plus pauvres, qui sont aussi les plus malades, sont ceux qui sont le plus mis à contribution par la stratégie de privatisation. En matière d'éducation, la réputation du système français n'est plus à faire... il est l'un des plus inégalitaire au monde ! Développer des mécanismes visant à faire payer les étudiants et leur famille n'est pas de nature à réduire les inégalités.

En matière de santé comme d'éducation, avec des mécanismes différents, la baisse de la dépense publique conduit souvent à une hausse de la dépense publique que l'on cherche pourtant à réduire. La stratégie de privatisation est donc inefficace si elle avait pour objectif de réduire la dépense. Quand la Sécurité sociale se retire, les prix explosent comme chacun peut le constater avec l'optique, l'auditif ou le dentaire. La dépense privée est plus élevée que la dépense publique qu'elle remplace. Ce renchérissement artificiel du coût des soins n'est pas compensé par des économies de police d'assurance que pourrait réaliser le patient en ayant recours aux assurances privées. Au contraire, celles-ci ont des frais de gestion bien plus élevés que la Sécurité sociale et la concurrence ne réduit pas les prix. En nécessitant actuaires, commerciaux, marketing, etc., elle pèse lourdement sur le porte-monnaie du patient.

En matière de santé comme d'éducation, le transfert de charge du public au privé ne se traduit pas de façon mécanique par une baisse des dépenses mais au contraire par un surplus des dépenses, aussi bien privées que publiques. L'exemple des frais d'inscription à l'université relève de la même logique dispendieuse car l'augmentation des frais d'inscription conduit à une baisse des subventions publiques, comme au Royaume Uni et à une explosion de la dette étudiante appelant une consolidation par l'argent public. De plus les établissements les plus chers, réputés les meilleurs, augmentent leurs tarifs de manière artificielle, entraînant dans leurs sillage les établissements moins appréciés. Ici aussi, la baisse de la dépense publique se traduit par une augmentation substantielle de la dépense privée et de la dépense totale.

Ce qui frappe à l'issue de ce tour d'horizon n'est pas l'absence d'éléments probants à l'appui de la défense de la dépense publique. Au contraire, il existe de vastes littératures d'horizons divers pour montrer à la fois les bienfaits de la dépense publique et les dangers d'une privatisation de cette dépense, notamment dans les domaines de la santé et de l'enseignement supérieur. Le contraste est donc grand entre les appuis théoriques et empiriques en faveur du maintien d'un niveau élevé de dépense publique et le discours ambiant qui tend à faire de la réduction de cette dépense publique l'horizon indépassable de toute politique économique.

Il est vain de vouloir chercher un niveau optimal de dépense publique ou de fixer une cible chiffrée d'évolution. La question de la dépense publique n'est pas une question de chiffre mais d'arbitrages sociétaux. Il n'y a aucun motif sérieux de baisser la dépense publique si elle correspond à un besoin de la population. Cela ne signifie pas que des économies sont impossibles. Il existe de larges marges de manœuvre pour diminuer la dépense publique sans sacrifier les besoins sociaux : pourquoi rembourser des médicaments inutiles ou même dangereux pour la santé par exemple ?

Le niveau adéquat ou convenable de dépense publique est laissé aux experts. Les syndicats et les associations ne sont pas jugées suffisamment responsables pour participer aux arbitrages. Le citoyen est tout simplement dépossédé d'un débat auquel il a droit. Pourtant, derrière le niveau de dépense publique se cache des enjeux considérables.

Est-ce par la dépense privée que l'on va garantir l'accès aux soins pour tous ? Demander aux plus pauvres de souscrire une assurance privée ne fait-il pas augmenter le risque de développer de la tuberculose ? N'a-t-on pas besoin de davantage de dépenses publiques pour assurer un niveau de vie décent aux familles monoparentales, aux jeunes en recherche

d'emploi ou en études ? La ségrégation scolaire et universitaire n'est-elle pas liée au développement des financements privés ?

On pourrait multiplier les exemples. La liste est très longue où il faudrait augmenter la dépense publique pour vivre mieux et plus longtemps.

Bibliographie

- Aballea P., Bartoli F., Eslous L., Yeni I. (2007) *Les dépassements d'honoraires médicaux*. Rapport IGAS. RM 2007-054P.
- Abecassis, P. Coutinet, N., Domin J.P (2013) « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance », *RECMA, Revue internationale de l'économie sociale* n°331, pp.59-92.
- ACIDES. (2015). *Arrêtons les frais ! Pour un enseignement supérieur gratuit et émancipateur*. Paris : Raisons d'agir.
- Aghion P. et Bolton P. (1997), « A theory of trickle-down growth and development », *The Review of Economic Studies*, Volume 64(2), pp. 151-172.
- Aghion, P. et Cohen, E. (2004). *Éducation et croissance*. Paris: La documentation française.
- Agulhon M. (1990), *La République, tome 2, 1932 à nos jours*, Hachette, Pluriel, Paris.
- André, C. (2015). Les systèmes de santé européens en longue période. *Revue de la Régulation*, n°17, printemps.
- André, C. and Hermann, C. (2009). Privatization and marketization of health care systems in Europe. In M. Frangakis, C. Hermann and J. Huffschnid (Eds.), *Privatisation against the European Social Model*, (p. 129-144). Hampshire : Palgrave MacMillan.
- André, C., Batifoulier, P. et Jansen, M. (2014). *La privatisation du soin en Europe. De la théorie à la pratique*. Communication au 4^{ème} Congrès de l'Association Française d'Economie Politique, ENS Cachan, 2-4 juillet.
- André, C., Batifoulier, P. et Jansen, M. (2015, « Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes », Document de travail CEPN 2015-02. <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505/document>.
- André, C., Batifoulier, P. Jansen-Ferreira, M. (2016) « Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification »(avec C. André et M. Jansen-Ferreira), *International Social Security Review*, Vol 69, n°1
- Ariès P. (2013). *Le socialisme gourmand: Le Bien-vivre: un nouveau projet politique*, La Découverte, Paris.
- Arrow K. et Debreu G. (1954), « Existence of an equilibrium for a competitive economy », *Econometrica*, pp. 265-290.
- Avery, C. et Turner, S. (2012). Student Loans : Do College Students Borrow Too Much-Or Not Enough ? *Journal of Economic Perspectives* , 26 (1), 165–192.
- Barbier J-C., Théret B. (2004), *Le nouveau système français de protection sociale*, Repères, La découverte.
- Batifoulier P. (2013), « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du MAUSS*, Volume 41, Numéro 1, pp. 77-92.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé. Quand le patient devient client*, La Découverte, Paris.

Batifoulier P. (2015a) «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, 2015.

Batifoulier P. (2015b) « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *L'Homme et la Société*, numéro spécial : L'économie entre performativité, idéologie et pouvoir symbolique numéro spécial n° 197, juillet-Septembre

Batifoulier P. (2016) « On responsabilise le malade, en lui demandant de régler ses soins » dans V. Ridde et F. Ouattara (eds) *30 idées reçues en santé mondiale*, Presses de l'EHESP

Batifoulier P. Latsis J. et Merchiers J. (2009) « The philosophy of need and the normative foundations of health policy », *Revue de philosophie économique*, 2009; 1: 79-101.

Batifoulier P., Braddock L. et Latsis J. (2013) « Priority setting in healthcare: from arbitrariness to societal values », *Journal of Institutional Economics*, 2013; 1, p.61-80.,

Batifoulier P., Chavance B. , Favereau O. , Jallais S., Labrousse A., Orléan A. (coord.), Lamarche T. , Tinel B. (2015) *À quoi servent les économistes s'ils pensent tous la même chose ? Manifeste pour une économie pluraliste*. Les Liens qui Libèrent.

Batifoulier P., Domin J-P. et Gadreau M. (2008), « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, Volume 1, pp. 27-46.

Batifoulier P., Gadreau M. (2014) « La politique de la demande en santé. Des innovations théoriquement et stratégiquement situées », in B Lamotte, A. Le Roy, C. Massit et E. Puissant. *Innovations sociales, Innovations économiques*, Presses Universitaires de Louvain, p 131-144.

Batifoulier, P. Domin, J-P., Abecassis, P. (2010), « Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire », *Economie appliquée*, V. 63, N°4, p. 171-194.

Batsch, L. (2014). *Paris-Dauphine. Quand l'Université fait École*. Paris: Presses Universitaires de France.

Baudrillard J. (1998), *Société de consommation: Ses mythes, ses structures*, Gallimard, Paris.

Bec, C. (2014). *La sécurité sociale. Une institution de la démocratie*. Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines.

Becker J-J. (1998), *Histoire politique de la France depuis 1945*, A. Colin, Coursus, Paris.

Becker, G. (1962). Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis – Part 2. *Journal of Political Economy* , 70 (5), 9-49.

Becker, G. (1962). Investment in Human Capital : A Theoretical Analysis – Part 2. *Journal of Political Economy* , 70 (5), 9-49.

Becker, G. (1964). *Human Capital : A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. University of Chicago Press.

Bellamy V., Roelandt J. et Caria A. (2005), « Premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale: images et réalités », *L'information psychiatrique*, Volume 81(4), pp. 295-304.

Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression – Enquête sur le nouveau management public*. Paris : La Découverte, coll. Textes à l'appui/Enquêtes de terrain.

- Belorgey, N., (2011). Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences. Une entreprise de réforme d'un service public et ses effets sociaux. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189, 16-33.
- Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF.
- Benamouzig D. (2009), « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) », *Sociétés contemporaines*, Vol. 73, n°1, pp. 73-95.
- Bénilde M. (2007), *On achète bien les cerveaux. La publicité et les medias*, Raisons d'agir, Paris.
- Bennett G., Scharoun-Lee M. et Tucker-Seeley R. (2009), « Will the public's health fall victim to the home foreclosure epidemic ? », *Plos Medicine*, Volume 6, Numéro 6, p. 1-5.
- Bercherie P. (2010), « Pourquoi le DSM? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique », *L'information psychiatrique*, Volume 86(7), pp. 635-640.
- Bezes P. (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties », *Informations Sociales*, Numéro 6, Numéro 126, pp. 26-37.
- Björntorp P. (2001), « Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? », *Obesity reviews*, Volume 2(2), pp. 73-86.
- Blavier P. et Montialoux C. (2009), « Ce qui ne va pas dans le système de santé américain » *Regards Croisés sur l'Économie*, Volume 5, Numéro 1, pp. 138-140.
- Boyer, R. (2015) « L'essor du secteur de la santé annonce-t-il un modèle de développement anthropogénétique ? », *Revue de la régulation* [En ligne], 17 | 1er semestre / Spring 2015, <http://regulation.revues.org/11159>
- Brennan, J. et Shah, T. (2011). *Higher Education and Society in Changing Times : Looking Back and Looking Forward*. Center for Higher Education Research and Information.
- Brisset N. (2012), « Deux approches de l'influence du discours économique sur les phénomènes sociaux », *Revue de philosophie économique*, Vol. 13, n° 2, pp. 25-62.
- Brown M., Haughwout A., Lee D., Scally J. et van der Klaauw W. (2015). « Measuring Student Debt and Its Performance » *in Student Loans and the Dynamics of Debt*, Hershbein B. and Hollenbeck K. (eds.), W.E. Upjohn Institute for Employment Research Kalamazoo, Michigan.
- Browning M. et Heinesen E. (2012), « Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization », *Journal of health economics*, Volume 32, p. 599-616.
- Brunner E., Juneja M. et Marmot M. (1998), « Abdominal obesity and disease are linked to social position », *British medical journal*, Volume 316(7127), 308.
- Bruno I. et Didier E. (2013), *Benchmarking: l'État sous pression statistique*, La Découverte, Paris.
- Bruno, I. (2012). *À vos marques®, prêts cherchez ! La stratégie européenne de Lisbonne, vers un marché de la recherche*. Paris : Éditions du croquant, 2008.

- Buchanan J. (2004), « Public choice: the origins and development of a research program », In: Richard M. Ebeling, dir., *Economic Theories and Controversies*, Hillsdale: Hillsdale College Press, Champions of freedom, Vol 3, pp13-32.
- Burgi N. (2014) (Ed), *La grande régression, La Grèce et l'avenir de l'Europe*, Le bord de l'eau, Paris.
- Butler J. (2010) « Performative agency » *Journal of cultural economy*, Vol. 3, n° 2, pp. 147-161.
- CAC (2014), *Que faire de la dette? Un audit de la dette publique de la France*, Collectif pour un audit citoyen de la dette, rapport en ligne.
- Caillé A. (ed), (2011), *Pour un manifeste du convivialisme*, Le Bord de l'eau, Paris.
- Callender, C. et Jackson, J. (2005). Does the Fear of Debt Deter Students from Higher Education ? . *34* (4), 509–540.
- Callender, C. et Jackson, J. (2008). Does the Fear of Debt Constrain Choice of University and Subject of Study ? *Studies in Higher Education* , *33* (4), 405–429.
- Callon M. (Éd) (1998), *The laws of the Markets*, Blackwell Publishers.
- Cameron, S. et Heckman, J. (2001). The Dynamics of Educational Attainment for Black, Hispanic, and White Males. *Journal of Political Economy* , *109* (3), 455–499.
- Caniard E. (2013), « L'identité mutualiste en assurance santé : un objectif de solidarité menacée par une concurrence exacerbée », *Revue du MAUSS*, *41*(1), p. 122-134.
- Casta A. (2015). L'enseignement à but lucratif en France à l'aune des porosités public/privé : un état des lieux. *Formation Emploi*, *132* (4), 71-90.
- Casta, A. (2012). *Le financement des étudiants en France et en Angleterre de 1945 à 2011. Le student finance, l'award et le salaire étudiant et leur hégémonie*. Université Paris Ouest, Nanterre La Défense: Thèse de doctorat.
- Chadelat J-F. (2005), « Les enjeux du financement de la santé », *Revue française d'administration publique*, n 113, pp. 65-74.
- Chandra, A., Gruber, J., McKnight, R. (2010), « Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly », *American Economic Review*, *100*:1, p. 193–213.
- Chanial P. (2008), « Donner aux pauvres », in Philippe Chanial, *La société vue du don*, La Découverte « TAP/Bibliothèque du MAUSS », p. 272-305.
- Chanial P. (2010) « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? ». *Revue du MAUSS*, *1*: 135-145 ;
- Charle, C. & Soulier, C. (2015). *La dérégulation universitaire. La construction étatisée des « marchés » des études supérieures dans le monde*. Paris : Syllepse/M Éditeur.
- Charles, N. (2012) Les prêts à remboursement contingent au revenu : un système de financement des études importable en France ? *Revue française de sociologie* , *53* (2), 293–333.
- Charles, N. (2013). *Justice sociale et enseignement supérieur. Une étude comparée en Angleterre, en France et en Suède*. Université Bordeaux 2: Thèse de doctorat.

- Charles, N. (2013). *Justice sociale et enseignement supérieur. Une étude comparée en Angleterre, en France et en Suède*. Université Bordeaux 2: Thèse de doctorat.
- Charles, N. et Delpech, Q. (2015). *Investir dans l'internationalisation de l'enseignement supérieur*. France Stratégie.
- Chiappori, P.-A. (2011). *Financement de l'enseignement supérieur : quelle place pour les entreprises ?* Institut de l'entreprise.
- Chomsky, N. (2010). *Réflexions sur l'université*. Paris: Raisons d'agir.
- CNR (1944), *Les jours heureux*, Conseil National de la Résistance, en ligne.
- Cohu S. et Lequet-Slama D. (2007), « Le système d'assurance santé aux États-Unis. Un système fragmenté et concurrentiel », *Etudes et Résultats*, Numéro 600.
- Colin, N. (2008). *Pour une contribution plus juste au système d'enseignement supérieur*. Institut Montaigne.
- Comber E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM, Gouyon JB, Quantin C, Zeitlin J (2013) « Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale », *Journal de Gestion et d'économie médicale*, Vol 31, n°6, p. 348-368.
- Commission européenne (2013). *Système Européen des Comptes – SEC 2010*. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne.
- Committee (1998), *Adolescent pregnancy – current trends and issues*, Committee on adolescence, <http://pediatrics.aappublications.org/content/103/2/516>.
- Conseil National de la Résistance (1944), *Les jours heureux*, http://fr.wikisource.org/wiki/Programme_du_Conseil_national_de_la_R%C3%A9sistance, consulté le 15/10/14.
- Cordonnier L. (2000), *Pas de pitié pour les gueux: sur les théories économiques du chômage*, Raisons d'agir, Paris.
- Coriat B. et Weinstein O. (2005), « La construction sociale des marchés », *La lettre de la régulation*, Volume 53, pp. 1-5.
- Courtioux, P. (2009). *Peut-on financer l'éducation du supérieur de manière plus équitable ? Position Papers de l'EDHEC*.
- Crédit Suisse (2015), *Global wealth report 2015*, en ligne.
- Curie J. et Tekin E. (2015), « Is there a link between Foreclosure and Health ? », *American Economic Journal: Economic Policy*, Volume 7, Numéro 1, p. 63-94.
- Da Silva N., Gadreau M (2015), « La médecine libérale en France », *Revue de la régulation*, vol. 17, en ligne
- Daly M., Wilson M. et Vasdev S. (2001), « Income inequality and homicide rates in Canada and the United States », *Canadian Journal of Criminology*, Volume 43, numéro 219.
- Dardot, P. et Laval, C., (2009), *La Nouvelle Raison du monde. Essai sur la société néolibérale*, La Découverte, Paris.
- Davis B. et Capenter C. (2009), « Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity », *American Journal of Public Health*, Volume 99, Numéro 3, pp. 505-510.

de notre temps. Paris : Éditions Gallimard.

de Saint Pol T. (2007), « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent », *INSEE*, Numéro 1123.

Delapierre, F. (2012). *La bombe de la dette étudiante. Le capitalisme contre l'université*. Politique à gauche.

Deming, D., Goldin, C., & Katz, L. (2012). The For-Profit Postsecondary School Sector : Nimble Critters or Agile Predators ? *Journal of Economic Perspectives*, 26 (1), 139-164.

Demsetz H. (1969), « Information and efficiency: another viewpoint », *The Journal of Law & Economics*, Volume 12(1), pp. 1-22.

Desrosières A. (2003), *La politique des grands nombres*, La Découverte

Desrosières A. (2008), *Pour une sociologie historique de la quantification : L'Argument statistique I et II*, Presses de l'École des Mines de Paris, Paris.

Desrosières A. (2010), *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, La Découverte, Paris.

Dickerson S. et Kemeny M. (2004), « Acute stressors and cortisol responses : a theoretical integration and synthesis of laboratory research », *Psychological Bulletin*, Volume 130, pp. 355-391.

Domin J.P. (2013) Quand l'hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu, *Revue du MAUSS*, n° 41, *Marchandiser le soin nuit gravement à la santé*, Paris, La Découverte, 2013, p 35-46

Domin J.P. (2013) *Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier, Tome II (1945-2009)*, CHSS/La Documentation française, Paris

Donkin A., Goldblatt P. et Lynch K. (2002), « Inequalities in life expectancy by social class, 1972–1999 », *Health Statistics Quarterly*, Volume 15, pp. 5-15.

Dormont, B., Geoffard, P.-Y. et Tirole, J. (2014). *Refonder l'assurance-maladie*. Paris : Les Notes du Conseil d'Analyse Economique, 12, avril.

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

Dr Blouses (2013) « L'hôpital malade de l'effcience », *Revue du MAUSS* n° 41, *Marchandiser le soin nuit gravement à la santé*, Paris, La Découverte, p. 47-68.

Duménil G. et Lévy D. (2014), *La Grande Bifurcation. En finir avec le néolibéralisme*, La Découverte, Paris.

Duval J. (2007), *Le mythe du " trou de la Sécu"*, Raisons d'agir, Paris

Duval J. (2016), « La dette publique, un problème politiquement construit ? », *Regards croisés sur l'économie*, Volume 2, pp. 67-78.

Economistes atterrés (2015). *Nouveau manifeste des économistes atterrés*. Paris : Les Liens qui Libèrent.

- Ermisch J. et Pevalin D. (2005), « Early motherhood and later partnerships », *Journal of Population Economics*, Volume 18(3), pp. 469-489.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (1999). *The Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford : Oxford University Press.
- Eymard-Duvernay F. (2004), « L'un calcule, l'autre parle » Communication à la journée « Les enjeux actuels des relations entre économie et sociologie », Nanterre, 19 novembre.
- Fajnzlber P., Lederman D. et Loayza N. (2002), « Inequality and violent crime », *The journal of law and economics*, Volume 45, numéro 1.
- Favereau O. (2010), « La place du marché » dans Hatchuel A., Favereau O. et Aggeri F. (Eds), *L'activité marchande sans le marché ?*, Presses des Mines, Paris, pp. 111-131.
- Favereau, O. (1989), « Marchés internes, marchés externes », *Revue économique*, Volume 40(2), pp. 273-328.
- Ferracci M. et Wasmer É. (2011). *État moderne, État efficace: évaluer les dépenses publiques pour sauvegarder le modèle français*, Odile Jacob, Paris.
- Field, E. (2009). Educational Debt Burden and Career Choice : Evidence from a Financial Aid Experiment at NYU Law School. *American Economic Journal : Applied Economics* , 1 (1), 1–21.
- Flacher, D. et Harari-Kermadec, H. (2013). Tuition Fees, Self-Esteem and Social Heterogeneity . *Education Economics* , 22 (2), 191–210.
- Flacher, D., Harari-Kermadec, H. et Moulin, L. (2012). Régime par répartition dans l'enseignement supérieur : fondements théoriques et estimations empiriques. *Working Paper du CEPN* , 2012 (6).
- Flacher, D., Harari-Kermadec, H. et Moulin, L. (2013). Faut-il (vraiment) augmenter les frais d'inscription à l'université ? *Revue française d'économie* , 27 (3), 145–183.
- Fleurbaey M., Herpin N., Martinez M., et Verger D. (1998), « Mesurer la pauvreté ? », *Economie et statistique*, Volume 308(1), pp. 23-33.
- Fontaine M. et Vigna X. (2014), « La grève des mineurs de l'automne 1948 en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, Volume 1, pp. 21-34.
- Friot B. (2010), *L'enjeu des retraites*, Dispute, Paris.
- Gadrey J. (2010), *Adieu à la croissance*, Les petits matins, Paris.
- Galbraith J. (2009), *L'Etat prédateur. Comment la droite a renoncé au marché libre et pourquoi la gauche devrait en faire autant*, Le seuil, Paris.
- Garcia, S. (2009). Réformes de Bologne et économicisation de l'enseignement supérieur. *Revue du MAUSS*, 33 (1), 154-172.
- Garcia-Parpet M-F. (1996), « Représentations savantes et pratiques marchandes », *Genèse*, 25, Décembre, pp. 50-71.

- Garibaldi, P., Giavazzi, F., Ichino, A. et Rettore, E. (2012). College Cost and Time to Complete a Degree : Evidence from Tuition Discontinuities. *Review of Economics and Statistics* , 94 (3), 699–711.
- Garsaa A. (2015), « Les exonérations de cotisations sociales patronales: une évaluation à partir d'un modèle de croissance et de rentabilité de la firme », *La Revue de l'Ires*, Volume 2, pp. 3-43.
- Gary-Bobo, R. et Trannoy, A. (2005). Faut-il augmenter les droits d'inscription à l'université ? *Revue française d'économie* , 19 (3), 189–237.
- Gary-Bobo, R. et Trannoy, A. (2008). Efficient Tuition Fees and Examinations. *Journal of the European Economic Association* , 6 (6), 1211-1243.
- Georgescu-Roegen N. (1979), *La décroissance. Entropie-Ecologie-Economie*, en ligne.
- Gili M., Roca M., Basu S., McKee M. et Stuckler D. (2012), « The mental health risk of economic crisis in Spain : evidence from primary care centers, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, Volume 33, Numéro 1, pp. 103-108.
- Global Footprint Network (2006), *2006 Annual Repport*, en ligne.
- Godbout J., Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs. Homo oeconomicus », *Le bord de l'eau*, Paris, « la bibliothèque du Mauss, 2013.
- Granger, C. (2015). *La destruction de l'université française*. Paris: La Fabrique.
- Grégoir, S. (2008). Les prêts étudiants peuvent-ils être un outil de progrès social ?
- Grimaldi A. (2010) « Les paradoxes du médecin à l'hôpital », *Sève, les tribunes de la santé, Les nouveaux défis des professions de santé*, 26, 2010, p. 21-30.
- Guibert G. (2013), « La contestation des grands projets d'infrastructures », *Esprit*, Volume 10, pp. 92-104.
- Hales S., Howden-Chapman P., Salmond C., Woodward A. et Mackenbach J. (1999), « National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income », *The Lancet*, Volume 354(9195), 2047.
- Halimi S. (1997), *Les nouveaux chiens de garde*, Raisons d'agir, Paris.
- Hall P.A. (1993), « Policy Paradigms, Social Learning and the State – The Case of Economic Policymaking in Britain », *Comparative Politics*, n° 3, Volume 25, pp. 275-296.
- Harari-Kermadec, H., & Moulin, L. (2015). De la mise en concurrence à la mise en marché de l'enseignement supérieur. *Formation Emploi* , 132 (4), 133-145.
- Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la sécurité sociale : essai sur les origines de la Sécurité sociale en France (1850-1940)*, Colin, Paris.
- Hautier, A., Colas, F., D'Harcourt, J., Rutenburg, S., Toussain, R., Aimé, P., et al. (2015). *La situation financière des universités*. Inspections générales des finances et de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.
- Heineck, M., Kifmann, M. et Normann, L. (2006). A Duration Analysis of the Effects of Tuition Fees for Long-Term Students in Germany. *Journal of Economics and Statistics* , 226 (1), 82–109.

- Hodgson G. (2008) "An institutional and evolutionary perspective on health economics," *Cambridge Journal of Economics* 32(2), 2008, p. 235-56.
- Houle J. et Keen D. (2014), « Getting sick and falling behind : health and the risk of mortgage default and home foreclosure », *J Epidemiol Community Health*, Volume 204637, p. 1-6.
- Hsieh C. et Pugh M. (1993), « Poverty, income inequality, and violent crime: a meta-analysis of recent aggregate data studies », *Criminal Justice Review*, Volume 18(2), pp. 182-202.
- Hsieh, C.-T., & Urquiola, M. (2006). The Effects of Generalized School Choice on Achievement and Stratification : Evidence from Chile's Voucher Program. *Journal of Public Economics* , 90 (8-9), 1477–1503.
- Hyypä M. et Mäki J. (2001), « Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research », *Health Promotion International*, Volume 16(1), pp. 55-64.
- Ifanti A., Argyriou A., Kalofonou F. et Kalofonos H. (2013), « Financial crisis and austerity measures in Greece : impact on health promotion policies and public health care », *Health Policy*, 113 : 8-12.
- Illich I. (1973), *La convivialité*, Edition du Seuil, Paris.
- INSEE. (2012). *La répartition des dépenses publiques de l'enseignement supérieur et des aides associées*. INSEE.
- IRES (2014), *Santé, éducation ; services publics dans la tourmente* Numéro spécial des *Chroniques internationales de l'IRES*, n°148.
- Isaacs S. et Schroeder S. (2008), « California Dreamin' – State health care reform and the prospect for national change », *New England Journal of Medicine*, Volume 358, Numéro 15, pp. 1537-1540.
- Jany-Catrice F. (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve-d'Ascq.
- Jany-Catrice F. et Gadrey J. (2010), *Les nouveaux indicateurs de richesse*, La Découverte, Paris.
- Jevons S. (1865), *The coal question: An inquiry concerning the progress of the nation, and the probable exhaustion of the coal-mines*, Macmillan.
- Johnstone, B. (2004). The Economics and Politics of Cost Sharing in Higher Education : Comparative Perspectives. *Economics of Education Review* , 23 (4), 103–410.
- Kaiser Family Foundation (2012), en ligne (kff.org).
- Keaney M. (2002), « Unhealthy accumulation: the globalization of health care privatization », *Review of Social Economy*, vol. LX, n°3, pp. 331-357.
- Keen S. (2014), *L'imposture économique*, L'atelier, Paris.
- Kentikelenis A. et al. (2011) « Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy », *The Lancet*, Volume 378, Numéro 9801, pp. 1457-1458.
- Kessler R., Chiu W., Demler O., et Walters E. (2005), « Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of general psychiatry*, Volume 62(6), pp. 617-627.

Keynes J.M. (1936) [1988], *Théorie générale de l'emploi de l'intérêt et de la monnaie*, Payot, Paris.

Kitayama S., Markus H., Matsumoto H. et Norasakkunkit V. (1997), « Individual and collective processes in the construction of the self: self-enhancement in the United States and self-criticism in Japan », *Journal of personality and social psychology*, Volume 72(6), pp. 1245.

Kuhn A., Lalive R. et Zweimüller J. (2009), « The public health costs of job loss », *Journal of health economics*, Volume 28, p. 1099-1115.

Labrousse A., (2010). « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement », *Revue de la Régulation*, <http://regulation.revues.org/7818>, consulté le 15/10/14.

Lacroix-Riz A. (2015), *Scissions syndicales, réformisme et impérialismes dominants, 1939-1949*, Le temps des cerises, Montreuil.

Lafargue P. (1880) [1994], *Le droit à la paresse*, Mille et une nuits, Paris.

Laitinen J., Ek E. et Sovio U. (2002), « Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior », *Preventive medicine*, Volume 34(1), pp. 29-39.

Landais, C., Piketty, T. et Saez, E. (2011). *Pour une révolution fiscale - Un impôt sur le revenu pour le XXIème siècle*. Paris: La République des idées, Le Seuil.

Latouche S. (2003), *Décoloniser l'imaginaire*, Parangon, Lyon.

Lavoie M. (2004), *L'économie postkeynésienne*, Repères, Paris.

Le Laidier S. (2009), « Les transferts en nature atténuent les inégalités de revenus », *INSEE Première*, N°1264.

Le Lann Y. et Lemoine B. (2012), « Les comptes des générations. Les valeurs du futur et la transformation de l'État social », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, p. 62-77.

Lebaron F. (2010), « La formation des économistes et l'ordre symbolique marchand » in *Traité de sociologie économique*, (Steiner P. et Vatin F., eds), Quadrige, PUF, pp 249-288.

Lecouteux, G. et Moulin, L. (2015). To Gain or not to Lose? Tuition Fees for Loos Averse Students. *Economics Bulletin*, 35 (2), 1005-1019.

Lichtenberger, Y., & Aïdara, A. (2012). *Faire réussir nos étudiants, faire progresser la France : propositions pour un sursaut vers la société de la connaissance*. Terra Nova.

Lordon F. (1999), « Vers une théorie régulationniste de la politique. Croyances économiques et pouvoir symbolique », *L'année de la régulation*, Vol 3, pp. 169-207.

Lordon L. (2013), *La société des affects*, Seuil, Paris.

Lynch J., Kaplan G., Pamuk E., Cohen R., Heck K., Balfour J. et Yen I. (1998), « Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States », *American Journal of Public Health*, Volume 88(7), pp. 1074-1080.

Maarse, H. (2006). The privatization of health care in Europe : an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), October.

- Maguain, D. (2004). *Financement de l'enseignement supérieur et aides aux étudiants dans les pays de l'OCDE*. Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie.
- Marcus J. (2013), « The effect of unemployment on the mental health of spouses – evidence from plant closures in Germany », *Journal of health economics*, Volume 32, p. 546-558.
- Maringe, F. (2006). University and Course Choice . *International Journal of Educational Management* , 20 (6), 466–479.
- Marmot M. et Bobak M. (2000), « International comparators and poverty and health in Europe », *British medical journal*, Volume 321(7269), 1124.
- Marty F., Trosa S., et Voisin A. (2006), *Les partenariats public-privé*. Paris: La découverte.
- Mas, B., Pierru, F., Smolski, N. et R. Torrielli (Eds.). (2011). *L'Hôpital en réanimation*. Editions du Croquant.
- Math, A. (2014). La santé au péril de l'austérité. *Chroniques Internationales de l'IREs*, 148, 22-52.
- Maurin E. (2009), *La peur du déclassement. Une sociologie des récessions*, La République des idées, Paris.
- Mclaughlin K., Nandi A., Keyes K., Uddin M., Aiello A., Galea S. et Koenen K. (2012), « Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis », *Psychol Med*, Volume 42, Numéro 7, p. 1441-1448.
- Meadows D. (1972), *Halte à la croissance ? Rapport sur les limites de la croissance*, Fayard, Paris.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberget S. et Ménard J. (2015), « Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals », *Int Arch Occup Environ Health*, Volume 88, p. 707-716.
- MESR. (2015). *L'état de l'enseignement supérieur et de la recherche en France*. Paris: Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
- Molarius A., Seidell J., Sans S., Tuomilehto J. et Kuulasmaa K. (2000), « Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO MONICA Project », *American Journal of Public Health*, Volume 90(8), pp. 1260-1268.
- Montarani, I. and Nelson, K. (2013). Social service decline and convergence : how does healthcare fare. *Journal of European Social Policy*, 23(1), 102-116.
- Moro D. (2015), *Le groupe Bilderberg : "l'élite" du pouvoir mondial* », Delga, Paris.
- Mougeot M. (1999), Régulation du système de santé. Rapport au Conseil d'Analyse Economique, La Documentation Française.
- Moulin, L. (2014). *Frais d'inscription dans l'enseignement supérieur : enjeux, limites et perspective*. Université Paris 13: Thèse de doctorat.
- Moulin, L. (2015). Frais d'inscription dans l'enseignement supérieur et régimes d'État-providence : une analyse comparative. *Éducation et sociétés* , 36 (2), 119-141 .
- Moulin, L. (2015). Frais d'inscription dans l'enseignement supérieur et régimes d'État-providence : une analyse comparative. *Éducation et sociétés*, 36 (2), 119-141 .

- Moulin, L., Flacher, D. et Harari-Kermadec, H. (2016). Tuition Fees and Social Segregation : Lessons from a Natural Experiment at the University of Paris 9-Dauphine. *Applied Economics*, à paraître.
- Moulin, L., Flacher, D., & Harari-Kermadec, H. (2014). Tuition Fees and Social Segregation : Lessons from a Natural Experiment at the University of Paris 9-Dauphine. *Working Paper du CEPN*, 2014 (18).
- Muller P., (2000), « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue Française de Sciences Politiques*, n° 2, volume 50, pp. 189-207.
- Nicolescu, L. (2009). Applying Marketing to Higher Education : Scope and Limits. *Management & Marketing*, 4 (2), 35-44.
- Nyman, J. (2007), «American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, Vol. 32, n 5, p.759-783.
- OCDE (2008). *Regards sur l'éducation 2008 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- OCDE (2012), "Total des dépenses sociales publiques par habitant", *Questions sociales : Tableaux-clés de l'OCDE*, No. 2. doi: 10.1787/socxp-govcap-table-2012-1-fr
- OCDE (2012). *Regards sur l'éducation 2012 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- OCDE (2013). *Panorama des administrations publiques 2013*. Paris : OCDE.
- OCDE (2013). *Regards sur l'éducation 2013 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- OCDE (2014). « *Le point sur les dépenses sociales : les dépenses sociales sont en baisse dans certains pays mais, dans beaucoup d'autres, elles se maintiennent à des niveaux historiquement élevés* ». Paris : OCDE.
- OCDE (2015). *Regards sur l'éducation 2015 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OCDE.
- OCDE. (2011). *Regards sur l'éducation 2011 : les indicateurs de l'OCDE*. Paris: OCDE.
- Olivennes D. (1994), « La préférence française pour le chômage », *Le Débat*, Volume 5, Numéro 82, p. 138-153.
- Omran A (1971), « The epidemiologie transition A theory of the epidemiology of population change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Volume 49(4), pp. 509-538.
- ONU (2000), *Enquête des nations unies sur les tendances de la criminalité et le fonctionnement de justice pénale*, en ligne.
- Orléan A. (2003), « Réflexions sur les fondements institutionnels de l'objectivité marchande, *Cahiers d'économie politique*, Volume 1, pp. 181-196.
- Orléan A. (2011), *L'empire de la valeur : refonder l'économie*, Seuil, Paris.
- Osypuk T., Caldwell C., Platt R. et Misra D. (2012), « The consequences of foreclosure for depressive symptomatology », *Ann Epidemiol*, Volume 22, Numéro 6, p. 379-387.
- Perret B. (2006), « De l'échec de la rationalisation des choix budgétaires (RCB) à la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) », *Revue française d'administration publique*, Volume 1, pp. 31-41.

- Perrin J., Bloom S. et Gortmaker S. (2007), « The increase of childhood chronic conditions in the United States », *Journal of American Medical Association*, Volume 297(24), pp. 2755-2759.
- Perronnin M. (2016) Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis, *Questions d'économie de la santé*, n° 218, mai
- Pickett K., Mookherjee J. et Wilkinson R. (2005), « Adolescent birth rates, total homicides, and income inequality in rich countries », *American Journal of Public Health*, Volume 95(7), pp. 1181-1183.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Savoir/agir, éditions du croquant.
- Pierru F. (2013), « Le "trou de la Sécu", trou noir du débat public sur la réforme du système de santé français, *Médecine des Maladies Métaboliques*, Volume 7, Numéro 3, pp. 232-236.
- Piketty T. (2013), *Le capital au XXI^e siècle*, Seuil, Paris.
- Polanyi, K. (1944). *La Grande transformation : aux origines politiques et économiques de notre temps*. (É. Gallimard, Éd.) Bibliothèque des Sciences humaines.
- Pollack C., Kurd S., Livshits A., Weiner M. et Lynch J. (2011), « A case-control study of home foreclosure, health conditions, and health care utilization », *Journal of Urban Health*, 88(3) :469-478.
- Pollitt C. et Bouckaert G. (2011), *Public Management Reform – A comparative analysis : New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3^e édition, Oxford University Press, Oxford.
- Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensel L., Arnold E. et McDaid D. (2013), « Austerity and health in Europe », *Health Policy*, 113:13-19.
- Ramaux C. (2012), *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Mille et une nuits, Paris.
- Ramaux C. (2012), *L'État social. Pour sortir du chaos néolibéral*, Mille et une nuits, Paris.
- Reeves et al. (2013), « Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth », *Global Health*, Volume 9, Numéro 1, en ligne.
- Robine J. (2001), « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie: le cas de la France », *Population*, pp. 199-221.
- Roelfs D., Shor E., Davidson K. et Schwarts J. (2011), « Losing life and livelihood : a systematic review and meta-analysis of unemployment and all-cause mortality », *Social Science and Medicine*, Numéro 72, Volume 6, p. 840-854.
- Ross N., Dorling D., Dunn J., Henriksson G., Glover J., Lynch J. et Weitoft G. (2005), « Metropolitan income inequality and working-age mortality: a cross-sectional analysis using comparable data from five countries », *Journal of Urban Health*, Volume 82(1), pp. 101-110.
- Ross N., Wolfson M., Dunn J., Berthelot J., Kaplan G. et Lynch J. (2000), « Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics », *British Medical Journal*, Volume 320(7239), pp. 898-902.
- Rotschild, M. et Lawrence, W. (1995). The Analytics of the Pricing of Higher Education and Other Services in Which the Customers Are Inputs. *Journal of Political Economy*, 103 (3), 573–586.

- Salais R. (2013), *Le viol d'Europe. Enquête sur la disparition d'une idée*, PUF.
- Saltman, R. (2002). Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medecine*, 54 (11), 1677-1694.
- Samuelson P. (1948), *Foundations of economic analysis*, Harvard university press, Harvard.
- Saunders F. S. (2003), *Qui mène la danse ? La CIA et la guerre froide culturelle*, Denoël, Paris.
- Sauviat C. et Lizé L. (2010), *La crise du modèle social américain*, Presse universitaire de Rennes, Rennes.
- Sen A. (1993), *Ethique et économie*, PUF, coll Quadrige
- Sénat (2013) « Déserts médicaux : agir vraiment », rapport d'information présenté par Hervé Maurey au nom du groupe de travail « Présence médicale sur l'ensemble du territoire »
- Serre M. (1999), « La santé en comptes - La mise en forme statistique de la santé », *Politix*, n° 46, pp. 49-70.
- Serre M., Pierru F. (2001), « Les organisations internationales et la production d'un sens commun réformateur de la politique de protection maladie », *Lien social et politiques - RIAC*, n°45, pp. 105-128.
- Shapiro C. et Stiglitz J. (1984), « Equilibrium unemployment as a worker discipline device », *American economic review*, Volume 74, Numéro 3, pp. 433-444.
- Siddiqi A., Kawachi I., Berkman L., Subramanian, S. et Hertzman C. (2007), « Variation of socioeconomic gradients in children's developmental health across advanced capitalist societies: analysis of 22 OECD nations », *International Journal of Health Services*, Volume 37(1), pp. 63-87.
- Stuckler D. et Basu S. (2013), *Quand l'austérité tue. Epidémies dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Edition Autrement, Paris.
- Stuckler et al. (2008), « Can a bank crisis break your heart », *Global Health*, Volume 4, Numéro 1, pp. 1-4.
- Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris.
- Tabuteau D. (2014), « Le new deal des assurances maladie obligatoire et complémentaires », *Revue de droit sanitaire et social*, septembre octobre, pp. 791-805.
- Tabuteau D. (2016), « La privatisation nolens volens de la protection sociale contre la maladie », *Revue de droit sanitaire et social*, janvier février, pp.24-38.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J., Abrahamowicz, M. et al (2001), « Adverse events associated with prescription drug cost –sharing among poor and elderly person », *Journal of the American Medical Association*, Vol. 285, January, 24-31, p. 421-429.
- The sentencing project (2004), *Stat Rates of Incarceration by race*, en ligne.
- Thoreau H.D. (1854) [1990], *Walden ou La vie dans les bois*, Gallimard, Paris.
- Tinel B. (2016), *Dette publique : sortir du catastrophisme*, Raison d'agir, Paris.
- Titmuss R. (1974), *Social policy*, Allen et Unwin, London.

- Trannoy, A. (2006). Financement des universités, financement des études. *Revue d'économie politique*, 116 (6), 745–782.
- Trivedi, A., Moloo, H., Mor, V (2010), « Increased Ambulatory Care Copayments and Hospitalizations among the Elderly », *New England Journal of Medicine*, January, 28 362, p. 320-328.
- Valat B. (2001), *Histoire de la sécurité sociale (1945-1967) : L'État, l'institution et la santé*, Economica, Paris.
- Valentin M. (1985), « Les grèves des cheminots français au cours de l'année 1947 », *Le Mouvement social*, pp. 55-80.
- Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Veblen T. (1899) [1979], *Théorie de la classe de loisir*, Gallimard, Paris.
- Ventelou B. (2001), *Au delà de la rareté*, Paris, Albin Michel
- Ventelou B. (2002), « La réalité existe-t-elle ? Keynes, premier économiste constructiviste », *Réseaux, Revue interdisciplinaire de philosophie morale et politique*, n° 94-96, pp. 133-151.
- Vogli R., Mistry R., Gnesotto R. et Cornia G. (2005), « Has the relation between income inequality and life expectancy disappeared? Evidence from Italy and top industrialised countries », *Journal of epidemiology and community health*, Volume 59(2), pp. 158-162.
- Voss, R., Gruber, T. et Szmigin, I. (2007). Service Quality in Higher Education : The role of Student Expectations. *Journal of Business Research* , 60 (9), 949-959.
- Walravens E. (2014), *Dumping fiscal. Enquête sur un chantage qui ruine nos États*, Les Petits matins/Institut Veblen, Paris.
- Weissman J. et Bigby J. (2009), « Massachusetts health care reform – near-universal coverage at what cost ? », *New England Medical Journal*, Volume 361, Numéro 361, pp. 2012-2015.
- Wilkinson R. (1992a), « Income distribution and life expectancy », *British Medical Journal*, Volume 304(6820).
- Wilkinson R. (1992b) « National mortality rates: the impact of inequality? », *American journal of public health*, Volume 82(8), pp. 1082-1084.
- Wilkinson R. (1997), « Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards ? », *British Medical Journal*, 314(7080), 591.
- Wilkinson R. (1999), « Health, hierarchy, and social anxiety », *Annals of the New York Academy of Sciences*, Volume, 896(1), pp. 48-63.
- Wilkinson R. (2010), *L'égalité c'est la santé*, Démopolis, Paris.
- Wilkinson R. et Pickett K. (2013), *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Les petits matins, Paris.
- Willms D. (1999), « Quality and inequality in children's literacy », *Developmental Health & the Wealth of Nations*, pp. 72-93.
- Willms D. (2003), « Literacy proficiency of youth: Evidence of converging socioeconomic gradients », *International Journal of Educational Research*, Volume 39(3), pp. 247-252.

Zacklad R. (2014), Du lien social à l'innovation sociale : le cas de l'accompagnement de la vieillesse, XXXIVèmes journées de l'Association d'Economie Sociale.

Annexes n°1 - Chapitre 1 – Données détaillées sur la dépense publique

**Annexe n°1.1 - Variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro
pour chaque pays de l'échantillon**

	Unité	Pays	Années							Variations entre										
			1995	2000	2002	2007	2013	2014	2015	1995 et 2000	2000 et 2002	1995 et 2002	2002 et 2007	1995 et 2007	2007 et 2013	1995 et 2013	2013 et 2014	1995 et 2014	2014 et 2015	1995 et 2015
DPT	%	Allemagne	54,66	44,75	47,26	42,82	44,45	44,16	43,81	-18,13	0,06	-13,53	-9,41	-21,67	3,81	-18,68	-0,65	-19,21	-0,79	-19,85
DPT	Euro, Milliards	Allemagne	1037,93	947,10	1044,20	1076,10	1255,57	1290,70	1328,70	-8,75	0,10	0,60	3,05	3,68	16,68	20,97	2,80	24,35	2,94	28,02
PIB	Euro, Milliards	Allemagne	1898,88	2116,48	2209,29	2513,23	2826,24	2923,93	3032,82	11,46	0,04	16,35	13,76	32,35	12,45	48,84	3,46	53,98	3,72	59,72
DPT	%	Belgique	52,39	49,05	49,51	48,24	55,59	55,08	53,98	-6,36	0,01	-5,50	-2,56	-7,92	15,25	6,12	-0,91	5,15	-2,01	3,04
DPT	Euro, Milliards	Belgique	110,86	126,66	136,18	166,29	218,30	220,77	220,99	14,26	0,08	22,84	22,11	50,00	31,28	96,92	1,13	99,15	0,10	99,34
PIB	Euro, Milliards	Belgique	211,62	258,22	275,07	344,71	392,68	400,41	409,41	22,02	0,07	29,98	25,32	62,90	13,91	85,56	1,97	89,21	2,25	93,47
DPT	%	Canada	48,54	41,37	41,33	39,45	41,12	39,72	41,16	-14,76	0,00	-14,85	-4,55	-18,73	4,25	-15,27	-3,40	-18,16	3,62	-15,19
DPT	Dollar Canadien, Milliards	Canada	402,35	456,08	491,57	620,71	778,14	783,77	816,34	13,35	0,08	22,17	26,27	54,27	25,36	93,40	0,72	94,80	4,16	102,89
PIB	Dollar Canadien, Milliards	Canada	828,97	1102,38	1189,45	1573,53	1892,19	1973,04	1983,29	32,98	0,08	43,49	32,29	89,82	20,25	128,26	4,27	138,01	0,52	139,25
DPT	%	Corée	21,97	24,71	26,07	29,67	31,76	31,98	32,38	12,48	0,05	18,67	13,82	35,07	7,03	44,56	0,69	45,56	1,24	47,37
DPT	Won, Milliards	Corée	94235,30	156968,60	198646,90	309583,50	453991,40	475250,10	504628,40	66,57	0,27	110,80	55,85	228,52	46,65	381,76	4,68	404,32	6,18	435,50
PIB	Won, Milliards	Corée	428927,10	635184,60	761938,90	1043257,80	1429445,40	1486079,30	1558591,60	48,09	0,20	77,64	36,92	143,22	37,02	233,26	3,96	246,46	4,88	263,37
DPT	%	Danemark	58,53	52,69	53,21	49,58	56,54	55,97	55,67	-9,98	0,01	-9,08	-6,83	-15,29	14,04	-3,39	-1,01	-4,37	-0,53	-4,87
DPT	Couronne danoise, Milliards	Danemark	606,61	699,11	750,47	862,32	1076,27	1087,24	1105,31	15,25	0,07	23,71	14,90	42,15	24,81	77,42	1,02	79,23	1,66	82,21
PIB	Couronne danoise, Milliards	Danemark	1036,48	1326,91	1410,27	1739,26	1903,52	1942,58	1985,35	28,02	0,06	36,06	23,33	67,80	9,44	83,65	2,05	87,42	2,20	91,55
DPT	%	Espagne	44,33	39,09	38,62	38,92	45,13	44,47	43,32	-11,83	-0,01	-12,88	0,78	-12,20	15,95	1,81	-1,46	0,32	-2,58	-2,27
DPT	Euro, Milliards	Espagne	203,63	252,61	289,39	420,68	465,44	463,04	468,42	24,05	0,15	42,12	45,37	106,59	10,64	128,57	-0,51	127,40	1,16	130,04
PIB	Euro, Milliards	Espagne	459,34	646,25	749,29	1080,81	1031,27	1041,16	1081,19	40,69	0,16	63,12	44,24	135,30	-4,58	124,51	0,96	126,67	3,84	135,38
DPT	%	États-Unis	37,18	33,72	36,06	36,95	38,76	38,07		-9,30	0,07	-3,00	2,45	-0,62	4,90	4,24	-1,76	2,41		
DPT	Dollar des États-Unis, Milliards	États-Unis	2849,30	3468,04	3958,73	5348,97	6457,82	6604,69		21,72	0,14	38,94	35,12	87,73	20,73	126,65	2,27	131,80		
PIB	Dollar des États-Unis, Milliards	États-Unis	7664,06	10284,78	10977,51	14477,64	16663,16	17348,07		34,19	0,07	43,23	31,88	88,90	15,10	117,42	4,11	126,36		
DPT	%	Finlande	61,05	48,01	48,52	46,80	57,50	58,06	57,72	-21,36	0,01	-20,52	-3,56	-23,35	22,88	-5,82	0,98	-4,90	-0,59	-5,46
DPT	Euro, Milliards	Finlande	60,17	65,43	71,96	87,31	116,92	119,24	120,72	8,73	0,10	19,59	21,34	45,11	33,91	94,32	1,98	98,17	1,24	100,63

PIB	Euro, Milliards	Finlande	98,56	136,26	148,29	186,58	203,34	205,36	209,15	38,26	0,09	50,46	25,82	89,32	8,98	106,32	1,00	108,37	1,84	112,21
DPT	%	France	54,18	51,13	52,30	52,23	56,98	57,32	57,01	-5,64	0,02	-3,48	-0,14	-3,61	9,10	5,16	0,60	5,79	-0,54	5,21
DPT	Euro, Milliards	France	663,74	759,41	833,77	1016,17	1207,10	1226,75	1243,40	14,41	0,10	25,62	21,88	53,10	18,79	81,86	1,63	84,82	1,36	87,33
PIB	Euro, Milliards	France	1224,97	1485,30	1594,26	1945,67	2115,26	2139,96	2181,06	21,25	0,07	30,15	22,04	58,83	8,72	72,68	1,17	74,70	1,92	78,05
DPT	%	Grèce	46,00	46,43	45,80	47,07	62,13	50,65	55,34	0,93	-0,01	-0,44	2,78	2,33	31,99	35,06	-18,47	10,12	9,26	20,32
DPT	Euro, Milliards	Grèce	42,81	65,58	74,86	109,53	109,62	88,67	97,42	53,18	0,14	74,87	46,31	155,85	0,08	156,06	-19,11	107,12	9,87	127,57
PIB	Euro, Milliards	Grèce	93,06	141,25	163,46	232,69	180,39	177,56	176,02	51,77	0,16	75,64	42,36	150,04	-22,48	93,83	-1,57	90,79	-0,87	89,14
DPT	%	Italie	51,80	45,50	46,79	46,79	51,04	51,22	50,50	-12,17	0,03	-9,69	0,01	-9,68	9,09	-1,47	0,34	-1,14	-1,39	-2,51
DPT	Euro, Milliards	Italie	510,27	563,84	629,65	753,13	819,76	826,63	826,43	10,50	0,12	23,40	19,61	47,59	8,85	60,65	0,84	62,00	-0,02	61,96
PIB	Euro, Milliards	Italie	984,98	1239,27	1345,79	1609,55	1604,48	1611,88	1636,37	25,82	0,09	36,63	19,60	63,41	-0,32	62,89	0,46	63,65	1,52	66,13
DPT	%	Japon	35,70	38,79	38,27	35,78	42,48	42,02		8,65	-0,01	7,20	-6,51	0,23	18,71	18,98	-1,07	17,71		
DPT	Yen, Milliards	Japon	179116,20	197774,20	191036,90	184150,80	203502,70	204836,90		10,42	-0,03	6,66	-3,60	2,81	10,51	13,61	0,66	14,36		
PIB	Yen, Milliards	Japon	501706,90	509860,00	499147,00	512975,20	479083,70	486938,80		1,63	-0,02	-0,51	2,77	2,25	-6,61	-4,51	1,64	-2,94		
DPT	%	Norvège	50,27	42,03	46,71	41,44	44,03	45,63	48,55	-16,38	0,11	-7,08	-11,27	-17,55	6,24	-12,41	3,63	-9,23	6,41	-3,41
DPT	Euro, Milliards	Norvège	484,13	633,82	728,70	973,88	1352,22	1439,15	1520,33	30,92	0,15	50,52	33,65	101,16	38,85	179,31	6,43	197,27	5,64	214,04
PIB	Euro, Milliards	Norvège	963,12	1507,89	1560,18	2349,86	3071,13	3154,10	3131,44	56,56	0,03	61,99	50,61	143,98	30,69	218,87	2,70	227,49	-0,72	225,13
DPT	%	Pays-Bas	53,70	41,77	43,88	42,45	46,27	46,18	45,14	-22,23	0,05	-18,28	-3,26	-20,95	9,00	-13,84	-0,19	-14,00	-2,27	-15,95
DPT	Euro, Milliards	Pays-Bas	174,71	187,14	217,01	260,35	302,07	306,53	305,36	7,11	0,16	24,21	19,97	49,02	16,03	72,90	1,47	75,45	-0,38	74,78
PIB	Euro, Milliards	Pays-Bas	325,34	448,06	494,50	613,28	652,75	663,01	676,53	37,72	0,10	51,99	24,02	88,50	6,44	100,64	1,57	103,79	2,04	107,95
DPT	%	Pologne	47,71	41,97	45,29	43,14	42,39	42,18	41,48	-12,04	0,08	-5,07	-4,74	-9,57	-1,74	-11,15	-0,49	-11,59	-1,66	-13,06
DPT	Zloty, Milliards	Pologne	164,45	313,51	367,13	511,05	702,17	724,47	742,37	90,64	0,17	123,24	39,20	210,76	37,40	326,97	3,18	340,53	2,47	351,42
PIB	Zloty, Milliards	Pologne	344,68	747,03	810,62	1186,77	1656,34	1719,15	1789,70	116,73	0,09	135,18	46,40	244,31	39,57	380,54	3,79	398,76	4,10	419,23
DPT	%	Portugal	42,62	42,64	43,72	44,49	49,94	51,70	48,26	0,05	0,03	2,57	1,76	4,37	12,26	17,16	3,53	21,30	-6,66	13,22
DPT	Euro, Milliards	Portugal	37,95	54,78	62,36	78,06	85,03	89,68	86,56	44,35	0,14	64,31	25,18	105,68	8,93	124,06	5,46	136,30	-3,47	128,09
PIB	Euro, Milliards	Portugal	89,04	128,47	142,63	175,47	170,27	173,45	179,37	44,28	0,11	60,19	23,02	97,07	-2,96	91,23	1,87	94,80	3,41	101,45
DPT	%	Royaume-Uni	39,14	35,92	38,23	41,48	44,89	43,75	43,04	-8,23	0,06	-2,32	8,50	5,99	8,21	14,69	-2,53	11,79	-1,64	9,96
DPT	Livre sterling, Milliards	Royaume-Uni	327,45	388,65	448,66	635,44	779,04	798,04	804,60	18,69	0,15	37,01	41,63	94,06	22,60	137,91	2,44	143,71	0,82	145,71
PIB	Livre sterling, Milliards	Royaume-Uni	836,65	1080,86	1172,65	1530,89	1739,56	1822,48	1869,56	29,19	0,08	40,16	30,55	82,98	13,63	107,92	4,77	117,83	2,58	123,46
DPT	%	Suède	63,51	53,59	54,24	49,65	52,35	51,74	50,44	-15,61	0,01	-14,59	-8,46	-21,82	5,44	-17,57	-1,18	-18,54	-2,51	-20,58
DPT	Couronne suédoise, Milliards	Suède	1196,25	1275,72	1393,95	1637,06	1973,69	2027,90	2095,94	6,64	0,09	16,53	17,44	36,85	20,56	64,99	2,75	69,52	3,36	75,21
PIB	Couronne suédoise, Milliards	Suède	1883,56	2380,36	2569,88	3297,05	3769,91	3918,20	4155,16	26,38	0,08	36,44	28,30	75,04	14,34	100,15	3,93	108,02	6,05	120,60

Annexe n°1.2 - Variations en volume et valeur de la dépense publique en 1995 et 2015

	volume		valeur	
	% de variation entre 1995 et 2014	rang	% de variation entre 1995 et 2014	rang
Allemagne	-19,21	1	-53,84	9
Belgique	5,15	12	-45,03	12
Canada	-18,16	3	-61,38	5
Corée	45,56	18	-38,83	15
Danemark	-4,37	8	-55,79	7
Espagne	0,32	10	-65,98	3
États-Unis	2,41	11	-54,56	8
Finlande	-4,90	7	-45,40	11
France	5,79	13	-30,38	17
Grèce	10,12	14	-79,43	2
Italie	-1,14	9	-58,29	6
Japon	17,71	16	19,24	18
Norvège	-9,23	6	-50,71	10
Pays-Bas	-14,00	4	-63,31	4
Pologne	-11,59	5	-187,01	1
Portugal	21,30	17	-33,17	16
Royaume-Uni	11,79	15	-39,44	14
Suède	-18,54	2	-43,98	13

Annexe 1.3 - Données CFAP par pays puis fonction

Pays	Fonction CFAP	Dépenses exprimées en % du PIB					
		1995	2000	2002	2007	2013	2014
Allemagne	1 - Services généraux des APU	7,17	6,75	6,62	6,08	6,37	6,32
	2 - Défense	1,45	1,05	1,03	0,94	1,06	1,01
	3 - Ordre et sécurité	1,62	1,57	1,62	1,48	1,56	1,55
	4 - Affaires économiques	11,18	2,02	4,17	3,26	3,53	3,29
	5 - Protection de l'environnement	0,91	0,72	0,61	0,51	0,57	0,59
	6 - Logement et équipement collectif	0,80	0,93	1,05	0,80	0,42	0,40
	7 - Santé	6,11	6,44	6,66	6,32	7,04	7,17
	8 - Loisirs, culture et culte	0,78	0,88	0,86	0,78	0,80	0,80
	9 - Enseignements	4,39	4,05	4,14	3,90	4,28	4,27
	10 - Protection sociale	20,25	20,35	20,52	18,74	18,79	18,73
	Total	54,66	44,75	47,26	42,82	44,43	44,14
Belgique	1 - Services généraux des APU	13,66	11,34	10,55	8,72	8,63	8,40
	2 - Défense	1,47	1,22	1,18	1,02	0,93	0,89
	3 - Ordre et sécurité	1,41	1,49	1,71	1,67	1,87	1,88
	4 - Affaires économiques	4,54	4,69	4,64	5,49	6,88	7,05
	5 - Protection de l'environnement	0,74	0,84	0,83	0,69	1,16	0,95
	6 - Logement et équipement collectif	0,30	0,48	0,43	0,44	0,41	0,38
	7 - Santé	5,89	6,04	6,21	6,69	7,99	8,08
	8 - Loisirs, culture et culte	0,79	0,93	1,23	1,22	1,29	1,27
	9 - Enseignements	5,75	5,49	5,75	5,50	6,38	6,29
	10 - Protection sociale	17,84	16,53	16,97	16,79	20,06	19,95
	Total	52,39	49,05	49,51	48,24	55,59	55,14
Corée du sud	1 - Services généraux des APU	3,34	4,18	4,42	5,21	5,42	-
	2 - Défense	2,43	2,41	2,19	2,34	2,47	-
	3 - Ordre et sécurité	1,14	1,18	1,16	1,23	1,28	-
	4 - Affaires économiques	5,24	5,54	6,38	5,99	5,32	-
	5 - Protection de l'environnement	0,67	0,71	0,78	0,89	0,75	-
	6 - Logement et équipement collectif	1,00	1,13	0,87	1,09	0,95	-
	7 - Santé	1,39	2,06	2,42	3,12	3,86	-
	8 - Loisirs, culture et culte	0,33	0,54	0,52	0,68	0,69	-
	9 - Enseignements	3,91	4,03	4,35	4,61	5,17	-
	10 - Protection sociale	2,51	2,95	2,99	4,50	5,86	-
	Total	21,97	24,71	26,07	29,67	31,76	-
Danemark	1 - Services généraux des APU	10,86	8,53	7,82	6,72	7,59	7,23
	2 - Défense	1,70	1,44	1,47	1,41	1,33	1,17
	3 - Ordre et sécurité	0,94	0,90	0,93	0,91	1,03	1,03
	4 - Affaires économiques	3,90	3,71	3,54	2,92	3,52	3,64
	5 - Protection de l'environnement	0,51	0,50	0,68	0,52	0,48	0,47
	6 - Logement et équipement collectif	0,70	0,71	0,55	0,32	0,28	0,23
	7 - Santé	6,78	6,69	7,08	7,67	8,63	8,73
	8 - Loisirs, culture et culte	1,60	1,56	1,59	1,71	1,84	1,79
	9 - Enseignements	6,37	6,29	6,58	5,94	6,98	7,18
	10 - Protection sociale	25,16	22,35	22,99	21,46	24,86	24,49
	Total	58,53	52,69	53,21	49,58	56,54	55,97
Espagne	1 - Services généraux des APU	8,11	6,18	5,77	4,92	7,11	6,92
	2 - Défense	1,36	1,10	1,08	1,00	0,96	0,87
	3 - Ordre et sécurité	1,98	1,71	1,81	1,86	2,04	2,02
	4 - Affaires économiques	5,83	4,87	4,83	5,18	4,51	4,42
	5 - Protection de l'environnement	0,78	0,73	0,95	1,00	0,84	0,84
	6 - Logement et équipement collectif	1,03	1,15	1,03	0,91	0,45	0,50
	7 - Santé	5,25	5,16	5,12	5,67	6,12	6,08

	8 - Loisirs, culture et culte	1,31	1,34	1,31	1,57	1,15	1,15
	9 - Enseignements	4,30	4,08	4,05	4,01	4,08	4,06
	10 - Protection sociale	14,37	12,77	12,67	12,82	17,87	17,62
	Total	44,33	39,09	38,62	38,92	45,13	44,47
États-Unis	1 - Services généraux des APU	7,29	5,70	5,42	5,61	5,56	5,39
	2 - Défense	3,74	2,96	3,41	3,95	3,79	3,52
	3 - Ordre et sécurité	1,94	2,03	2,18	2,16	2,10	2,07
	4 - Affaires économiques	3,57	3,65	3,79	3,60	3,51	3,44
	5 - Protection de l'environnement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	6 - Logement et équipement collectif	0,71	0,53	0,60	0,65	0,57	0,56
	7 - Santé	6,51	6,06	6,93	7,65	8,63	8,86
	8 - Loisirs, culture et culte	0,29	0,31	0,33	0,31	0,26	0,26
	9 - Enseignements	5,91	6,07	6,36	6,31	6,23	6,09
	10 - Protection sociale	7,23	6,42	7,04	6,71	8,11	7,88
	Total	37,18	33,72	36,06	36,95	38,76	38,07
Finlande	1 - Services généraux des APU	8,41	7,51	7,01	6,67	8,29	8,31
	2 - Défense	1,85	1,39	1,30	1,35	1,47	1,41
	3 - Ordre et sécurité	1,42	1,31	1,27	1,20	1,38	1,33
	4 - Affaires économiques	8,90	4,77	4,88	4,36	4,79	4,84
	5 - Protection de l'environnement	0,31	0,31	0,30	0,32	0,26	0,26
	6 - Logement et équipement collectif	0,74	0,43	0,39	0,33	0,40	0,40
	7 - Santé	6,20	5,73	6,20	6,61	8,30	8,31
	8 - Loisirs, culture et culte	1,23	1,13	1,09	1,05	1,47	1,45
	9 - Enseignements	6,92	5,86	6,12	5,78	6,40	6,36
	10 - Protection sociale	25,07	19,57	19,97	19,13	24,75	25,41
	Total	61,05	48,01	48,52	46,80	57,50	58,06
France	1 - Services généraux des APU	8,19	7,73	7,63	7,12	6,88	6,64
	2 - Défense	2,49	1,93	2,03	1,73	1,77	1,70
	3 - Ordre et sécurité	1,48	1,35	1,52	1,46	1,63	1,61
	4 - Affaires économiques	5,76	4,65	4,48	4,26	4,93	5,06
	5 - Protection de l'environnement	0,59	0,69	0,76	0,87	1,00	0,99
	6 - Logement et équipement collectif	0,86	1,03	1,12	1,15	1,35	1,44
	7 - Santé	7,05	6,94	7,24	7,43	8,11	8,20
	8 - Loisirs, culture et culte	0,83	0,94	1,14	1,30	1,46	1,45
	9 - Enseignements	5,72	5,57	5,76	5,29	5,51	5,53
	10 - Protection sociale	21,22	20,29	20,61	21,62	24,42	24,71
	Total	54,18	51,13	52,30	52,23	57,07	57,33
Grèce	1 - Services généraux des APU	-	-	-	11,58	9,81	9,89
	2 - Défense	-	-	-	2,77	2,15	2,68
	3 - Ordre et sécurité	-	-	-	1,49	1,87	2,14
	4 - Affaires économiques	-	-	-	4,33	15,00	3,71
	5 - Protection de l'environnement	-	-	-	0,79	1,70	1,55
	6 - Logement et équipement collectif	-	-	-	0,22	0,28	0,20
	7 - Santé	-	-	-	6,01	5,12	4,66
	8 - Loisirs, culture et culte	-	-	-	0,61	0,66	0,61
	9 - Enseignements	-	-	-	3,56	4,58	4,41
	10 - Protection sociale	-	-	-	15,70	19,60	20,09
	Total	-	-	-	47,07	60,77	49,94
Italie	1 - Services généraux des APU	14,29	9,93	9,54	8,57	9,00	8,94
	2 - Défense	1,27	1,15	1,14	1,15	1,18	1,21
	3 - Ordre et sécurité	1,93	1,96	1,95	1,86	1,95	1,92
	4 - Affaires économiques	4,79	2,81	4,53	4,18	4,18	4,14
	5 - Protection de l'environnement	0,66	0,82	0,83	0,77	0,98	0,96
	6 - Logement et équipement collectif	0,78	0,74	0,11	0,66	0,70	0,66
	7 - Santé	5,29	5,88	6,26	6,71	7,19	7,19
	8 - Loisirs, culture et culte	0,77	0,87	0,86	0,84	0,75	0,73
	9 - Enseignements	4,45	4,43	4,51	4,52	4,11	4,06
	10 - Protection sociale	17,59	16,91	17,07	17,53	21,04	21,46
	Total	51,80	45,50	46,79	46,79	51,09	51,28

Japon	1 - Services généraux des APU	-	-	-	4,40	4,50	4,37
	2 - Défense	-	-	-	0,84	0,91	0,94
	3 - Ordre et sécurité	-	-	-	1,25	1,33	1,37
	4 - Affaires économiques	-	-	-	3,47	4,41	4,11
	5 - Protection de l'environnement	-	-	-	1,16	1,17	1,23
	6 - Logement et équipement collectif	-	-	-	0,80	0,77	0,79
	7 - Santé	-	-	-	5,92	7,44	7,47
	8 - Loisirs, culture et culte	-	-	-	0,35	0,37	0,39
	9 - Enseignements	-	-	-	3,36	3,58	3,55
	10 - Protection sociale	-	-	-	14,33	17,99	17,84
	Total	-	-	-	35,90	42,48	42,07
Norvège	1 - Services généraux des APU	-	4,50	5,56	5,87	4,29	4,39
	2 - Défense	-	1,85	1,99	1,56	1,37	1,44
	3 - Ordre et sécurité	-	0,98	1,13	0,86	0,99	1,03
	4 - Affaires économiques	-	4,91	4,88	3,77	4,56	4,85
	5 - Protection de l'environnement	-	0,74	0,55	0,56	0,81	0,83
	6 - Logement et équipement collectif	-	0,58	0,37	0,59	0,63	0,69
	7 - Santé	-	6,85	7,84	6,94	7,48	7,81
	8 - Loisirs, culture et culte	-	1,11	1,21	1,21	1,38	1,42
	9 - Enseignements	-	5,21	5,77	4,87	4,91	5,10
	10 - Protection sociale	-	15,31	17,41	15,21	17,60	18,07
	Total	-	42,03	46,71	41,44	44,03	45,63
Pays-Bas	1 - Services généraux des APU	9,17	7,05	6,42	5,49	5,12	5,22
	2 - Défense	1,87	1,48	1,46	1,29	1,16	1,11
	3 - Ordre et sécurité	1,39	1,49	1,67	1,82	1,98	1,88
	4 - Affaires économiques	4,52	4,04	4,95	4,21	3,82	4,21
	5 - Protection de l'environnement	1,46	1,37	1,45	1,56	1,54	1,49
	6 - Logement et équipement collectif	5,41	0,54	0,72	0,39	0,52	0,48
	7 - Santé	4,74	4,69	5,24	6,71	8,20	8,06
	8 - Loisirs, culture et culte	1,31	1,49	1,67	1,51	1,53	1,50
	9 - Enseignements	5,20	4,77	5,08	5,12	5,41	5,40
	10 - Protection sociale	18,62	14,84	15,23	14,35	16,99	16,89
	Total	53,70	41,77	43,88	42,45	46,28	46,23
Pologne	1 - Services généraux des APU	-	-	6,04	5,44	5,70	5,01
	2 - Défense	-	-	1,65	1,93	1,66	1,49
	3 - Ordre et sécurité	-	-	1,98	2,27	2,23	2,24
	4 - Affaires économiques	-	-	3,25	4,63	4,09	4,64
	5 - Protection de l'environnement	-	-	0,63	0,60	0,74	0,87
	6 - Logement et équipement collectif	-	-	1,48	1,14	0,74	0,72
	7 - Santé	-	-	4,43	4,49	4,64	4,64
	8 - Loisirs, culture et culte	-	-	1,11	1,13	1,11	1,17
	9 - Enseignements	-	-	6,15	5,70	5,28	5,26
	10 - Protection sociale	-	-	18,57	15,73	16,21	16,11
	Total	-	-	45,29	43,06	42,39	42,14
Portugal	1 - Services généraux des APU	9,13	6,08	5,81	6,80	8,91	8,76
	2 - Défense	1,75	1,59	1,38	1,20	1,10	1,00
	3 - Ordre et sécurité	1,56	1,65	1,78	1,75	2,30	2,24
	4 - Affaires économiques	4,74	5,04	5,01	4,15	3,80	6,85
	5 - Protection de l'environnement	0,50	0,65	0,63	0,61	0,46	0,45
	6 - Logement et équipement collectif	1,05	1,46	1,34	0,96	0,63	0,60
	7 - Santé	5,38	6,18	6,47	7,01	6,39	6,24
	8 - Loisirs, culture et culte	1,01	1,22	1,28	1,02	0,90	0,90
	9 - Enseignements	5,95	6,84	7,05	6,38	6,25	6,19
	10 - Protection sociale	11,55	11,94	12,95	14,61	19,20	18,48
	Total	42,62	42,64	43,72	44,49	49,94	51,70
Royaume-Uni	1 - Services généraux des APU	-	4,76	4,02	4,48	5,58	5,35
	2 - Défense	-	2,27	2,19	2,19	2,26	2,16
	3 - Ordre et sécurité	-	1,98	2,14	2,34	2,12	2,01
	4 - Affaires économiques	-	1,33	2,21	2,93	3,08	3,00

	5 - Protection de l'environnement	-	0,59	0,67	0,90	0,81	0,85
	6 - Logement et équipement collectif	-	0,60	0,70	1,05	0,64	0,63
	7 - Santé	-	5,15	5,68	6,55	7,48	7,57
	8 - Loisirs, culture et culte	-	1,11	0,90	0,88	0,72	0,66
	9 - Enseignements	-	4,66	5,56	5,74	5,30	5,16
	10 - Protection sociale	-	13,51	14,18	14,44	16,79	16,41
	Total	-	35,96	38,26	41,51	44,78	43,79
Suède	1 - Services généraux des APU	10,96	9,74	8,81	7,67	7,78	7,76
	2 - Défense	2,36	2,19	1,97	1,54	1,46	1,31
	3 - Ordre et sécurité	1,38	1,25	1,33	1,27	1,37	1,35
	4 - Affaires économiques	5,56	3,55	4,03	3,91	4,34	4,32
	5 - Protection de l'environnement	0,18	0,25	0,30	0,35	0,33	0,31
	6 - Logement et équipement collectif	2,69	0,89	0,83	0,69	0,74	0,78
	7 - Santé	6,09	5,87	6,54	6,36	6,98	7,02
	8 - Loisirs, culture et culte	1,77	1,03	1,03	1,01	1,11	1,11
	9 - Enseignements	6,98	6,47	6,94	6,32	6,59	6,55
	10 - Protection sociale	25,57	22,34	22,46	20,54	21,65	21,26
	Total	63,51	53,59	54,24	49,65	52,35	51,76

Annexe 1.4 - Données CFAP par fonction puis par pays

Fonction CFAP	Pays	Dépenses exprimées en % du PIB					
		1995	2000	2002	2007	2013	2014
1 - Services généraux des APU	Allemagne	7,17	6,75	6,62	6,08	6,37	6,32
	Belgique	13,66	11,34	10,55	8,72	8,63	8,40
	Corée	3,34	4,18	4,42	5,21	5,42	
	Danemark	10,86	8,53	7,82	6,72	7,59	7,23
	Espagne	8,11	6,18	5,77	4,92	7,11	6,92
	États-Unis	7,29	5,70	5,42	5,61	5,56	5,39
	Finlande	8,41	7,51	7,01	6,67	8,29	8,31
	France	8,19	7,73	7,63	7,12	6,88	6,64
	Grèce				11,58	9,81	9,89
	Italie	14,29	9,93	9,54	8,57	9,00	8,94
	Japon				4,40	4,50	4,37
	Norvège		4,50	5,56	5,87	4,29	4,39
	Pays-Bas	9,17	7,05	6,42	5,49	5,12	5,22
	Pologne			6,04	5,44	5,70	5,01
	Portugal	9,13	6,08	5,81	6,80	8,91	8,76
	Royaume-Uni		4,76	4,02	4,48	5,58	5,35
Suède	10,96	9,74	8,81	7,67	7,78	7,76	
2 - Défense	Allemagne	1,45	1,05	1,03	0,94	1,06	1,01
	Belgique	1,47	1,22	1,18	1,02	0,93	0,89
	Corée	2,43	2,41	2,19	2,34	2,47	-
	Danemark	1,70	1,44	1,47	1,41	1,33	1,17
	Espagne	1,36	1,10	1,08	1,00	0,96	0,87
	États-Unis	3,74	2,96	3,41	3,95	3,79	3,52
	Finlande	1,85	1,39	1,30	1,35	1,47	1,41
	France	2,49	1,93	2,03	1,73	1,77	1,70
	Grèce	-	-	-	2,77	2,15	2,68
	Italie	1,27	1,15	1,14	1,15	1,18	1,21
	Japon	-	-	-	0,84	0,91	0,94
	Norvège	-	1,85	1,99	1,56	1,37	1,44
	Pays-Bas	1,87	1,48	1,46	1,29	1,16	1,11
	Pologne	-	-	1,65	1,93	1,66	1,49
	Portugal	1,75	1,59	1,38	1,20	1,10	1,00
	Royaume-Uni	-	2,27	2,19	2,19	2,26	2,16
Suède	2,36	2,19	1,97	1,54	1,46	1,31	
3 - Ordre et sécurité	Allemagne	1,62	1,57	1,62	1,48	1,56	1,55
	Belgique	1,41	1,49	1,71	1,67	1,87	1,88
	Corée	1,14	1,18	1,16	1,23	1,28	-
	Danemark	0,94	0,90	0,93	0,91	1,03	1,03
	Espagne	1,98	1,71	1,81	1,86	2,04	2,02
	États-Unis	1,94	2,03	2,18	2,16	2,10	2,07

	Finlande	1,42	1,31	1,27	1,20	1,38	1,33
	France	1,48	1,35	1,52	1,46	1,63	1,61
	Grèce	-	-	-	1,49	1,87	2,14
	Italie	1,93	1,96	1,95	1,86	1,95	1,92
	Japon	-	-	-	1,25	1,33	1,37
	Norvège	-	0,98	1,13	0,86	0,99	1,03
	Pays-Bas	1,39	1,49	1,67	1,82	1,98	1,88
	Pologne	-	-	1,98	2,27	2,23	2,24
	Portugal	1,56	1,65	1,78	1,75	2,30	2,24
	Royaume-Uni	-	1,98	2,14	2,34	2,12	2,01
	Suède	1,38	1,25	1,33	1,27	1,37	1,35
4 - Affaires économiques	Allemagne	11,18	2,02	4,17	3,26	3,53	3,29
	Belgique	4,54	4,69	4,64	5,49	6,88	7,05
	Corée	5,24	5,54	6,38	5,99	5,32	-
	Danemark	3,90	3,71	3,54	2,92	3,52	3,64
	Espagne	5,83	4,87	4,83	5,18	4,51	4,42
	États-Unis	3,57	3,65	3,79	3,60	3,51	3,44
	Finlande	8,90	4,77	4,88	4,36	4,79	4,84
	France	5,76	4,65	4,48	4,26	4,93	5,06
	Grèce	-	-	-	4,33	15,00	3,71
	Italie	4,79	2,81	4,53	4,18	4,18	4,14
	Japon	-	-	-	3,47	4,41	4,11
	Norvège	-	4,91	4,88	3,77	4,56	4,85
	Pays-Bas	4,52	4,04	4,95	4,21	3,82	4,21
	Pologne	-	-	3,25	4,63	4,09	4,64
	Portugal	4,74	5,04	5,01	4,15	3,80	6,85
Royaume-Uni	-	1,33	2,21	2,93	3,08	3,00	
Suède	5,56	3,55	4,03	3,91	4,34	4,32	
5 - Protection de l'environnement	Allemagne	0,91	0,72	0,61	0,51	0,57	0,59
	Belgique	0,74	0,84	0,83	0,69	1,16	0,95
	Corée	0,67	0,71	0,78	0,89	0,75	-
	Danemark	0,51	0,50	0,68	0,52	0,48	0,47
	Espagne	0,78	0,73	0,95	1,00	0,84	0,84
	États-Unis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Finlande	0,31	0,31	0,30	0,32	0,26	0,26
	France	0,59	0,69	0,76	0,87	1,00	0,99
	Grèce	-	-	-	0,79	1,70	1,55
	Italie	0,66	0,82	0,83	0,77	0,98	0,96
	Japon	-	-	-	1,16	1,17	1,23
	Norvège	-	0,74	0,55	0,56	0,81	0,83
	Pays-Bas	1,46	1,37	1,45	1,56	1,54	1,49
	Pologne	-	-	0,63	0,60	0,74	0,87
	Portugal	0,50	0,65	0,63	0,61	0,46	0,45
Royaume-Uni	-	0,59	0,67	0,90	0,81	0,85	
Suède	0,18	0,25	0,30	0,35	0,33	0,31	

6 - Logement et équipement collectif	Allemagne	0,80	0,93	1,05	0,80	0,42	0,40
	Belgique	0,30	0,48	0,43	0,44	0,41	0,38
	Corée	1,00	1,13	0,87	1,09	0,95	-
	Danemark	0,70	0,71	0,55	0,32	0,28	0,23
	Espagne	1,03	1,15	1,03	0,91	0,45	0,50
	États-Unis	0,71	0,53	0,60	0,65	0,57	0,56
	Finlande	0,74	0,43	0,39	0,33	0,40	0,40
	France	0,86	1,03	1,12	1,15	1,35	1,44
	Grèce	-	-	-	0,22	0,28	0,20
	Italie	0,78	0,74	0,11	0,66	0,70	0,66
	Japon	-	-	-	0,80	0,77	0,79
	Norvège	-	0,58	0,37	0,59	0,63	0,69
	Pays-Bas	5,41	0,54	0,72	0,39	0,52	0,48
	Pologne	-	-	1,48	1,14	0,74	0,72
	Portugal	1,05	1,46	1,34	0,96	0,63	0,60
	Royaume-Uni	-	0,60	0,70	1,05	0,64	0,63
Suède	2,69	0,89	0,83	0,69	0,74	0,78	
7 - Santé	Allemagne	6,11	6,44	6,66	6,32	7,04	7,17
	Belgique	5,89	6,04	6,21	6,69	7,99	8,08
	Corée	1,39	2,06	2,42	3,12	3,86	-
	Danemark	6,78	6,69	7,08	7,67	8,63	8,73
	Espagne	5,25	5,16	5,12	5,67	6,12	6,08
	États-Unis	6,51	6,06	6,93	7,65	8,63	8,86
	Finlande	6,20	5,73	6,20	6,61	8,30	8,31
	France	7,05	6,94	7,24	7,43	8,11	8,20
	Grèce	-	-	-	6,01	5,12	4,66
	Italie	5,29	5,88	6,26	6,71	7,19	7,19
	Japon	-	-	-	5,92	7,44	7,47
	Norvège	-	6,85	7,84	6,94	7,48	7,81
	Pays-Bas	4,74	4,69	5,24	6,71	8,20	8,06
	Pologne	-	-	4,43	4,49	4,64	4,64
Portugal	5,38	6,18	6,47	7,01	6,39	6,24	
Royaume-Uni	-	5,15	5,68	6,55	7,48	7,57	
Suède	6,09	5,87	6,54	6,36	6,98	7,02	
8 - Loisirs, culture et culte	Allemagne	0,78	0,88	0,86	0,78	0,80	0,80
	Belgique	0,79	0,93	1,23	1,22	1,29	1,27
	Corée	0,33	0,54	0,52	0,68	0,69	-
	Danemark	1,60	1,56	1,59	1,71	1,84	1,79
	Espagne	1,31	1,34	1,31	1,57	1,15	1,15
	États-Unis	0,29	0,31	0,33	0,31	0,26	0,26
	Finlande	1,23	1,13	1,09	1,05	1,47	1,45
	France	0,83	0,94	1,14	1,30	1,46	1,45
	Grèce	-	-	-	0,61	0,66	0,61
	Italie	0,77	0,87	0,86	0,84	0,75	0,73
	Japon	-	-	-	0,35	0,37	0,39

	Norvège	-	1,11	1,21	1,21	1,38	1,42
	Pays-Bas	1,31	1,49	1,67	1,51	1,53	1,50
	Pologne	-	-	1,11	1,13	1,11	1,17
	Portugal	1,01	1,22	1,28	1,02	0,90	0,90
	Royaume-Uni	-	1,11	0,90	0,88	0,72	0,66
	Suède	1,77	1,03	1,03	1,01	1,11	1,11
9 - Enseignement	Allemagne	4,39	4,05	4,14	3,90	4,28	4,27
	Belgique	5,75	5,49	5,75	5,50	6,38	6,29
	Corée	3,91	4,03	4,35	4,61	5,17	-
	Danemark	6,37	6,29	6,58	5,94	6,98	7,18
	Espagne	4,30	4,08	4,05	4,01	4,08	4,06
	États-Unis	5,91	6,07	6,36	6,31	6,23	6,09
	Finlande	6,92	5,86	6,12	5,78	6,40	6,36
	France	5,72	5,57	5,76	5,29	5,51	5,53
	Grèce	-	-	-	3,56	4,58	4,41
	Italie	4,45	4,43	4,51	4,52	4,11	4,06
	Japon	-	-	-	3,36	3,58	3,55
	Norvège	-	5,21	5,77	4,87	4,91	5,10
	Pays-Bas	5,20	4,77	5,08	5,12	5,41	5,40
	Pologne	-	-	6,15	5,70	5,28	5,26
	Portugal	5,95	6,84	7,05	6,38	6,25	6,19
	Royaume-Uni	-	4,66	5,56	5,74	5,30	5,16
Suède	6,98	6,47	6,94	6,32	6,59	6,55	
10 -Protection sociale	Allemagne	20,25	20,35	20,52	18,74	18,79	18,73
	Belgique	17,84	16,53	16,97	16,79	20,06	19,95
	Corée	2,51	2,95	2,99	4,50	5,86	-
	Danemark	25,16	22,35	22,99	21,46	24,86	24,49
	Espagne	14,37	12,77	12,67	12,82	17,87	17,62
	États-Unis	7,23	6,42	7,04	6,71	8,11	7,88
	Finlande	25,07	19,57	19,97	19,13	24,75	25,41
	France	21,22	20,29	20,61	21,62	24,42	24,71
	Grèce	-	-	-	15,70	19,60	20,09
	Italie	17,59	16,91	17,07	17,53	21,04	21,46
	Japon	-	-	-	14,33	17,99	17,84
	Norvège	-	15,31	17,41	15,21	17,60	18,07
	Pays-Bas	18,62	14,84	15,23	14,35	16,99	16,89
	Pologne	-	-	18,57	15,73	16,21	16,11
	Portugal	11,55	11,94	12,95	14,61	19,20	18,48
	Royaume-Uni	-	13,51	14,18	14,44	16,79	16,41
Suède	25,57	22,34	22,46	20,54	21,65	21,26	

Annexe 1.5 - Dépenses publiques et privées de santé en 1995 et 2015

1995

	Publiques et régimes contributifs obligatoires	Privées	totales
États-Unis (1,7))	5,8	6,7	12,50
France (2,1)	7,8	2,1	9,83
Allemagne (3,2)	7,8	1,7	9,46
Canada (4,6)	6,1	2,5	8,56
Grèce (5,16)	4,2	3,8	7,97
Danemark (6,3)	6,4	1,4	7,77
Belgique (7,8)	5,7	1,7	7,48
Pays-Bas (8,9)	5,6	1,8	7,36
Finlande (9,11)	5,2	2,1	7,35
Suède (10,4)	6,3	1,0	7,29
Norvège (11,5)	6,1	1,2	7,27
Portugal 12,15)	4,4	2,8	7,20
Espagne (13,13)	5,1	2,0	7,05
Italie (14,14)	4,9	2,0	6,87
Japon (15,10)	5,2	1,2	6,42
Royaume-Uni (16,12)	5,1	1,0	6,04
Pologne (17,17)	3,6	1,3	4,92
Corée (18, 18)	1,5	2,0	3,44

2015

	Publiques et régimes contributifs obligatoires	Privées	Totales
États-Unis (1, 8)	8,36	8,55	16,91
Japon (2, 1)	9,52	1,69	11,21
Allemagne (3,2)	9,42	1,66	11,08

Suède (4,3)	9,27	1,81	11,07
France (5,6)	8,66	2,35	11,01
Pays-Bas (6,5)	8,69	2,08	10,76
Danemark (7,4)	8,91	1,68	10,59
Belgique (8,9)	8,03	2,33	10,36
Canada (9,12)	7,19	2,97	10,16
Norvège (10,7)	8,47	1,47	9,93
Royaume-Uni (11,10)	7,73	2,06	9,78
Finlande (12, 11)	7,28	2,36	9,64
Italie (13, 13)	6,83	2,22	9,05
Espagne (14,14)	6,29	2,71	9,00
Portugal (15,15)	5,85	3,01	8,86
Grèce (16, 16)	4,97	3,24	8,20
Corée (17,18)	4,01	3,20	7,21
Pologne (18, 17)	4,53	1,79	6,32

Annexes n°2 - Chapitre 3 - Fragments de discours au sujet de la sécurité sociale. L'étrange modernité du débat de 1949

On présente dans cette annexe quelques fragments ordonnés de discours qui ont animé le débat de 1949 sur la sécurité sociale. Ces discours accompagnent la démonstration du chapitre 3

Annexe 2.1 - La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales

Le député PRL Maurice Fredet est encore plus explicite dans la dénonciation des abus qui serait l'une des conséquences de la « crise de croissance de la sécurité sociale » :

« Quoi qu'en disent les statistiques les plus optimistes, il n'en est pas moins vrai qu'à l'occasion du fameux rhume de cerveau, grâce à la complicité possible d'un médecin sans vergogne, l'intéressé est tenté de s'accorder des congés supplémentaires, soit pour son unique plaisir, soit pour vaquer à des travaux domestiques.

Les répercussions sur les finances des caisses et sur l'économie générale du pays sont sérieuses. Mais, en dehors de ces incidences matérielles, je tiens à souligner du haut de cette tribune le danger [...] qui pèse sur la mentalité, sur le comportement, sur le psychisme, sur la psychologie des assujettis.

La généralisation du mécanisme de l'assurance couvrant tous les risques maladie a engendré un état d'esprit nouveau. [...]

En dehors de la tentation de fraude qui a nécessairement augmenté, la couverture du petit risque a fait naître, dans le subconscient d'un certain nombre d'assurés, la nécessité de soigner, parfois par le repos, le moindre malaise.

Pour reprendre l'expression imagée d'un de mes collègues, une nouvelle race est née, celle des "gare à ma peau". »

De façon plus subtile le député PRL Pierre André essaie d'expliquer que les abus ne sont pas le fait d'ouvrier tire-au-flanc mais au contraire d'ouvrier particulièrement solidaires :

« Je soutiens, moi, parce que je l'ai constaté partout, en France, à l'étranger, en captivité, que l'ouvrier français est le meilleur ouvrier du monde. C'est le plus sérieux et le plus consciencieux. La main d'œuvre française est d'une qualité incomparable et tous ceux qui ont voyagé et fait des comparaisons ne me démentiront pas.

Seulement, l'ouvrier français a un très grave défaut. Il adore la resquille et, neuf, fois sur dix, lorsqu'un ouvrier se fait délivrer par un médecin, qui ne peut pas le lui refuser, un certificat d'incapacité de travail de dix ou quinze jours, ce n'est pas qu'il ait l'intention de se reposer ou de pêcher à la ligne, mais c'est bien parce qu'il veut bêcher son jardin ou parce qu'il a promis à un camarade, artisan installé depuis peu, de lui donner un coup de main pour finir un ouvrage. Comme il ne veut pas refuser ce service qu'on lui demande en dehors de son travail régulier, et qu'il n'ose pas demander un congé pour cela, il préfère aller voir le médecin, qui lui délivre un certificat.

Neuf fois sur dix au cours des enquêtes que j'ai vu mener contre les resquilleurs, contre les simulateurs des accidents du travail, on s'est aperçu que l'ouvrier, non seulement ne se reposait pas, mais qu'effectivement il travaillait ailleurs et bénéficiant tout de même de la garantie que lui donnait la législation sur les accidents du travail ou, aujourd'hui, la sécurité sociale, grâce à la caisse maladie. [...]

Ce sont ces resquilleurs, ces simulateurs que je voudrais voir dépister car ils n'ont pas le sens de la solidarité nationale que cherche à développer la sécurité sociale, et ils ne se rendent pas compte qu'en volant la sécurité sociale – car c'est un vol – ce sont leurs camarades qu'ils volent. »

Annexe 2.2 - L'inefficacité de l'Etat

Le député Gérard Duprat lors de son intervention, cite l'exemple d'une « blague », liée aux difficultés faites par l'administration centrale, intitulée « circulaire sur les pieds » :

« Je lis : "Histoire de pieds" — C'est une circulaire ministérielle. "Elle précise dans quelle mesure les caisses de sécurité sociale sont autorisées à rembourser "l'autre" chaussure dite "de complément"... celle que le pauvre gars portera au "pied sain", quand il a eu la chance de ne pas se faire couper les deux jambes ou les deux pieds à la fois..." (Rires [dans l'Assemblée])

"Il serait simple de considérer que la chaussure qui doit se porter, même sur un "pied sain", conjointement avec une chaussure orthopédique ou une jambe artificielle est nécessairement d'un modèle différent de la série et que les caisses remboursent la paire. Mais ce serait trop simple... Il y a des cas et des exceptions..."

"Premier cas : vous portez une chaussure orthopédique. Pas de remboursement de la chaussure de complément. Deuxième cas : Vous portez un pilon. Il est avéré que la marche avec un pilon est susceptible de déformer le "pied sain". A regret, on consentira à vous rembourser une chaussure... une seulement bien sûr ! Troisième cas : Vous portez une jambe artificielle. On peut, nous dit la circulaire, considérer que la chaussure fait partie de l'appareil, et celle-là seule vous sera

remboursée. Quatrième cas : Vous portez une jambe artificielle, mais la marche a déformé ou menace de déformer le "pied sain". Voilà enfin un cas où vous aurez la chance de vous offrir "la paire" aux frais de la sécurité sociale. Cinquième cas : Vous portez à la fois un pilon et une jambe artificielle. Une seule chaussure est alors nécessaire, précise le spirituel rédacteur, et vous retombez dans le cas n°1 ; vous n'avez droit qu'à la chaussure unique..." (Rires [dans l'Assemblée])

J'en ris moi-même, et je crois que M. le ministre en rit. Il y a de quoi !

"Nous avons trouvé un sixième cas... Supposez qu'un astucieux porte d'abord un pilon, puis une jambe artificielle. Il devrait par la combinaison des cas n°2 et 3 déposséder l'administration et obtenir le remboursement de la "paire"... Nul doute que si cela se présentait de nouvelles instructions viendraient préciser les modalités de remboursement et limiter des initiatives imprévues jusqu'ici." (Nouveaux rires [dans l'Assemblée])

"Notez bien que ces dispositions précises qui tendent à faire comprendre à tous les guichetiers des caisses qu'un individu a normalement deux pieds, mais que les chaussures ne vont pas forcément par paires, sont le résultat d'un examen conjoint de trois ministres : celui des anciens combattants et victimes de la guerre, celui des finances et celui du travail et de la sécurité sociale."

On se demande ce que les unijambistes auraient pu devenir si le cabinet tout entier s'était penché sur leur malheur. (Rires sur de nombreux bancs et applaudissements à l'extrême gauche.)

Mes chers collègues, ririez-vous autant si vous étiez à la place des guichetiers ? »

Annexe 2.3 - L'inefficacité de la sécurité sociale

Le député Pierre André énumère les avantages perçus par les employés de la sécurité sociale » ; « il en est résulté d'abord un nouveau type de fonctionnaire : le fonctionnaire de la sécurité sociale ». « Ces salariés perçoivent : une prime d'ancienneté jusqu'à 40% du traitement, une prime d'assiduité égale à un mois de traitement réparti par trimestre, un mois de vacances, un dernier mois de l'année doublé et un 14^{ème} mois. Si le député concède qu'« il est possible que [les] salaires soient modestes [...] », il trouve « scandaleux qu'une convention collective entérine le fait de donner quatorze mois de traitement pour onze mois de travail, et cela au dépens des assurés sociaux ». Son émotion est d'autant plus grande que le niveau des « retraites s'élève à 40% du dernier traitement pour les assurés sociaux, alors que pour les employés de la sécurité sociale ces retraites sont de 50% à 60 ans et de 70% à 65 ans ». Un peu plus tôt au cours du débat Paul Reynaud s'était exclamé dans le même esprit « qu'avant d'inventer le cinquième quart, on a inventé le quatorzième mois ».

Comparaison des salaires du personnel de la sécurité sociale avec ceux des personnels du privé par le député Alfred Costes :

« Un employé aux écritures des compagnies d'assurances gagne 24.570 francs de plus par an qu'un employé aux écritures de la sécurité sociale. Un aide guichetier d'une compagnie d'assurances, compte tenu, comme le précédent, de tous les avantages, gagne 32.000 francs de plus qu'un aide guichetier de la sécurité sociale. Même différence dans les cadres. Cadre de la sécurité sociale : chef de division, coefficient 450 ; cadre des compagnies d'assurances : chef de division, coefficient 600. Un comptable d'entreprise privée de presse perçoit de 49.000 à 54.000 francs de plus par an qu'un comptable de sécurité sociale. Un garçon de bureau aux messageries de presse gagne 37.678 francs de plus par an qu'un garçon de bureau de la sécurité sociale. »

Dans ces conditions, Alfred Costes demande à ses collègues députés comment des familles peuvent vivre décevant et pourquoi le ministre Daniel Mayer a opposé son veto à une revalorisation des salaires de 3 000 francs par mois alors que « dans les banques on donne 8 040 francs de primes de départ en vacances ».

Exemple des « Dépenses somptuaires » avec le cas de l'établissement de Beaurouvres en Eure-et-Loir, selon le député Maurice Fredet :

« J'ai essayé, en m'adressant à la caisse régionale de la région parisienne, d'avoir des précisions sur l'établissement de Beaurouvres, en Eure-et-Loir, dont elle, est propriétaire. Les travaux importants qui s'y effectuent sont à l'origine de commentaires sévères de l'opinion publique et font peser la suspicion sur cet établissement. N'ayant jamais obtenu de réponse, je suis obligé de m'adresser à vous, monsieur le ministre, qui êtes le grand maître de la sécurité sociale, pour savoir s'il est exact :

Premièrement, qu'à fin janvier 1949, le permis de construire venait seulement d'être sollicité, alors que les travaux étaient en voie d'achèvement ; Deuxièmement, que le dossier des plans n'avait pas encore été transmis au ministère de la santé publique, malgré plusieurs demandes réitérées.

L'ensemble des travaux prévus était de l'ordre de 250 millions de francs, pour transformer une colonie sanitaire temporaire de 120 enfants en colonie sanitaire permanente de 240 enfants. D'autre part, cet établissement, qui était destiné à fonctionner comme colonie de vacances lors de son acquisition en 1947, avait été acheté à cette époque 4 millions et demi de francs, somme laquelle étaient venus se greffer 12 millions de francs au titre d'aménagements.

Depuis cette époque, jusqu'en juillet 1948, bien que l'on n'ait recueilli aucun enfant, cet établissement occupait un personnel de 12 à 20 personnes. De juillet à octobre 1948, pour une moyenne de 112 enfants, le personnel s'élevait à 51 personnes en juillet, 44 en août et en septembre. En octobre, pas d'enfant, mais 35 personnes. En novembre et décembre on héberge 78 enfants de mineurs du Nord ; le personnel était de 34 unités. En janvier 1949, pour 5 enfants, 36 personnes.

Même si on tient compte des 40 ouvriers qui travaillent sur les chantiers et qui prennent leur repas, on se rend compte de cette gabegie de personnel.

Avec un personnel aussi nombreux, la gestion aurait dû être parfaite. Or, il apparaît que la comptabilité n'était pas tenue dans des conditions offrant des garanties suffisantes, que la trésorerie était assurée dans des conditions de facilité trop grande et que – c'est le moins qu'on puisse dire – on ne se trouve pas en présence d'une gestion rigoureuse des deniers de la sécurité sociale.

Cet exemple, monsieur le ministre, met en évidence l'insuffisance et l'inefficacité des contrôles exercés par les services administratifs de votre ministère. »

Annexe 2.4 - La crise économique et la concurrence internationale

Selon le député Pierre André, le niveau des charges sociales constituerait « un énorme fardeau » qui pèse sur l'économie du pays et d'abord sur le « consommateur français ». Au total, les salariés payent deux fois pour le système de sécurité sociale :

« En 1930, les salaires étaient grevés de 17% de charges sociales, dont 13% payés par les employeurs et 4% par les salariés. Ces chiffres sont passés à 18% en 1938 et à 36% en 1948, dont 30% payés par les employeurs et 6% par les salariés. Il faut y ajouter, et là encore je ne fais aucune confusion, et je ne voudrais pas qu'on vienne me reprocher de l'avoir faite, les congés payés, qui grèvent aussi le prix de revient, la taxe d'apprentissage et les impôts sur le salaire qui remplacent l'ancien impôt cédulaire, supportés maintenant par les employeurs. »

Les salaires supportent ainsi au total un véritable impôt indirect atteignant près de 48 p. 100 de leur montant. On peut affirmer que l'incidence conjuguée des impôts et des charges sociales rend vaine toute augmentation de salaire. Ainsi, une augmentation de salaire de 100 francs net au bénéfice du salarié, entraîne une augmentation presque automatique de 200 francs sur les prix à la consommation.

Il faut se rendre à l'évidence, et j'ai cependant l'impression que tout le monde n'a pas encore compris cette vérité. Toute augmentation de salaire qui ne correspond pas à une augmentation de la production fait perdre au salarié une partie de son pouvoir d'achat. C'est pourquoi indéfiniment, depuis quatre ans, nous cherchons à équilibrer les salaires et les prix, alors qu'ils ne peuvent plus l'être en l'état actuel des choses. Les salariés payent ainsi deux fois la charge de la sécurité sociale, d'abord par la cotisation retenue sur leurs salaires, et ensuite en leur qualité de consommateur par suite de la hausse des prix qui en résulte.

Si nous prenions la décision, que je ne souhaite pas, c'est une simple hypothèse, de diminuer de 50 p. 100 les charges globales, pas seulement celles de la sécurité sociale, qui grèvent les salaires, et de ramener le prélèvement à 24 francs pour 100 francs, au lieu de 48 francs, quelles en seraient les conséquences ? Tous les

salaires pourraient être augmentés aussitôt de 24 francs sans entraîner de hausse de prix. Un ouvrier gagnant 200.000 francs par an toucherait alors 248.000 francs. Ou encore, sans toucher aux salaires, les prix pourraient être diminués de 15 à 20 p. 100.

Dans l'état actuel des choses, il est incontestable que nous possédons le système de sécurité sociale peut-être le plus complet, mais aussi le plus coûteux du monde.

Pour Paul Reynaud il est inconcevable de ne pas prendre en compte les effets de la concurrence internationale pour évaluer la pertinence de la sécurité sociale. Ainsi, il n'y a pas de sens à élever les salaires directs ou indirects tant que les concurrents à l'international donnent à leur classe ouvrière un salaire plus faible. Si l'on se charge en France d'élever le niveau de vie et les charges sociales, qui se chargera « de faire élever le niveau de vie et les charges sociales des ouvriers japonais qui continuent à se nourrir d'un bol de riz comme leurs ancêtres ? ».

« Car voici que les cotonnades japonaises ont réapparu à Tanger. Nous savons ce que cela veut dire.

Il est né au Japon, en trois ans, 7.500.000 enfants, c'est-à-dire la population de l'Australie. Le Japon va être obligé d'exporter beaucoup plus qu'avant la guerre. Nous allons revoir les montres au kilogramme et les bicyclettes à 20 francs. Va-t-on égaliser les niveaux de vie à la fois chez les Japonais, chez les Belges et chez les Américains qui donnent des salaires quatre fois plus élevés que ceux que reçoivent les ouvriers français, belges ou anglais ? C'est évidemment impossible.

Ce n'est pas par une décision gouvernementale que l'on peut arbitrairement fixer le niveau de vie d'un peuple [...]. »

Cette question de la concurrence internationale est d'autant plus importante pour le député RI que la période est à la construction européenne :

« J'ai donc le droit de dire que, pour l'avenir de la sécurité sociale, il est vital pour nous d'exporter. Mais, pour exporter, il faut que les prix français ne soient pas plus chers que les prix de nos concurrents sur le marché mondial. Le point de savoir si la sécurité sociale va pouvoir survivre grâce aux exportations de la France après la fin du plan Marshall est tellement important dans la discussion de ce jour que je vous demande la permission de vous citer quelques chiffres. Ils sont absolument indispensables à ma démonstration.

Parlons des données fondamentales.

En ce qui concerne l'acier, alors que la sidérurgie française paye le coke 6.500 francs la tonne, la sidérurgie allemande le paye 3.500 francs. Le résultat est que la France vend l'acier à 82 dollars, tandis que l'Allemagne le vend à 65 dollars. Pour l'acier courant, le prix en Angleterre est de 25% inférieur à celui de la France,

celui des Etats-Unis de 30% Conséquence : le prix de revient des chantiers navals français est de 50% plus élevé que dans ces pays.

En ce qui concerne les tissus de coton, nous sommes de 25 à 40% plus chers que nos concurrents. Et, conséquence des plus graves, dans les pays de la France d'outre-mer, on nous, demande de consentir à laisser entrer librement les cotonnades étrangères — ce seront bientôt les japonaises dont je parlais tout à l'heure si nous ne consentons pas à acheter les matières premières au-dessus des prix mondiaux.

Quand on est en face de ce problème, presque tout le monde, en tout cas la majorité, dit : Il faut faire un grand marché, il faut faire une Europe.

Par ailleurs, ceux qui sont les mieux informés du problème monétaire disent qu'il ne faut pas repousser les investissements étrangers qui se feraient en dollars, car nous aurons beaucoup de mal à équilibrer notre balance des comptes avec la zone dollar. »

Personne n'est plus partisan que moi de faire l'Europe, vous le savez bien. Encore faut-il, sur le plan économique, pouvoir lutter avec nos concurrents européens qui formeraient avec nous une seule entité économique. »

Pour Isabelle Claeys le chômage est causé par les aides américaines qui n'auraient d'aide que le nom. En effet, ces « aides » supposent l'ouverture du marché français aux produits américains et l'obligation de commercer en dollars. C'est pourquoi à Calais par exemple,

« Les parents sont en chômage : plus de trois mille chômeurs totaux, et autant de partiels. Après le bâtiment, c'est l'industrie de la tulle et de la dentelle que le Gouvernement a sacrifiée délibérément, avec le plan Marshall. Les Américains créent chez eux une industrie de la tulle et 30 spécialistes français ont déjà quitté Calais pour les Etats-Unis. Dans Calais, la misère est grande. Elle offre l'image douloureuse d'une ville autrefois active, qui meurt sous le poids de ce que vous appelez la fameuse aide Marshall. »

Pour Duprat, en s'accrochant « au char de l'impérialisme américain », le gouvernement serait le responsable de l'augmentation du chômage. Cette politique délibérée de salaire bas et de chômage est d'autant plus détestable qu'elle vide la sécurité sociale de sa substance en réduisant le montant des cotisations perçues. Ce qui est en cause avec l'ouverture des frontières aux produits américains et l'indépendance nationale pourtant indispensable à une politique publique progressiste :

« Si ce n'est pas par hasard que nous avons conquis la sécurité sociale en recouvrant l'indépendance nationale, ce n'est pas non plus un hasard si, aujourd'hui, le sacrifice de cette indépendance nationale met en péril les conquêtes de la libération.

Le débat qui vient de s'ouvrir met en relief l'identité absolue d'intérêts entre le pays et les travailleurs. C'est pourquoi des millions et des millions de Français comprennent toujours plus nettement que la lutte pour leur pain, pour la défense de leurs conquêtes sociales et la lutte pour l'indépendance nationale et pour la paix sont un seul et même combat.

Partout, les travailleurs s'unissent pour leurs revendications ; partout se forment des comités de défense de la sécurité sociale. C'est là la plus sûre garantie pour tous les partisans du progrès social.

Les vieux ne veulent pas que l'on touche à leur retraite ; les mamans ne veulent pas que l'on réduise les allocations familiales et que l'on attaque le petit risque; les travailleurs ne se laisseront pas reprendre les avantages acquis.

La conclusion de ce débat, monsieur le ministre, c'est, avant tout, la condamnation de votre politique de guerre, qui ne peut être qu'une politique réactionnaire.

Sans doute, et je m'excuse d'y revenir, M. le ministre du travail nous assurera de son affectation pour la sécurité sociale. Je le répète, et je m'en excuse encore, vous soutenez la sécurité sociale comme la corde soutient le pendu, et le rôle particulier de M. Daniel Mayer est de tirer toujours davantage sur la corde. »

Annexe 2.5 - Le renforcement du contrôle

Dans son intervention, Paul Reynaud (RI) précise :

« Le seul vrai contrôle, c'est celui du Parlement. C'est ici seulement qu'on peut faire toute la lumière, car seul le Parlement a le droit d'exiger des informations et des éclaircissements sur tout ».

De son point de vue les cotisations sociales, parce qu'elles sont imposées par l'Etat, correspondent à la définition de l'impôt – indépendamment du fait que les caisses d'assurance primaires relèvent de droit privé. Reynaud demande à ce titre que soit créé un budget annexe pour l'ensemble de la sécurité sociale. C'est d'autant plus important dans sa perspective que « le Parlement ne peut pas, au seul titre du régime général, prélever 400 milliards de francs, c'est-à-dire plus du tiers du budget, sur les Français, sans remplir son devoir de contrôle de l'emploi des fonds. La charge pour l'économie serait la même que le paiement fait par les entreprises se nomme cotisation sociale ou impôt. Reynaud demande qu'à partir de 1950 un budget prévisionnel des dépenses et des recettes soit voté au Parlement chaque année : « Le contrôle a posteriori de la cour des comptes, dont on parle beaucoup, c'est très bien ; mais le contrôle a priori du Parlement, c'est mieux ».

Le socialiste Pierre Segelle pense que « l'étatisation totale [...] serait une faute [...] contraire à l'esprit même de l'institution ». Il exprime son accord avec ceux qui veulent promouvoir l'aspect humain de la sécurité sociale et ceux qui réproouvent la fraude. Ainsi, il promeut le contrôle de l'Etat mais pas l'étatisation à court terme :

« Contrôle de l'Etat ? Oui. Etatisation ? Non, tout au moins, pas actuellement Mais faudra-t-il, cette première étape rejetée, se figer dans une position immuable, refuser toute adaptation, toute évolution ? Le milieu social n'est-il pas mouvant et ne faut-il pas sans cesse améliorer notre système ? Je crois à l'évolution de la sécurité sociale, qui doit tenir compte, dans une certaine mesure, de la conjoncture économique, de l'évolution des autres administrations, du problème humain et sanitaire.

Tout ce qu'on nous a dit tout à l'heure, est vrai. Il faut refondre tous les textes qui se sont surajoutés et juxtaposés au point de les rendre inintelligibles. La fédération nationale des organismes de sécurité sociale, elle-même, admet qu'elle pourrait diminuer son personnel d'un pourcentage très important, si l'on arrivait à faire une codification des textes, à les rendre plus intelligibles et plus applicables. »

En plus du contrôle par l'Etat de la sécurité sociale, une solution envisagée pour remédier à la prétendue mauvaise gestion de la sécurité sociale porte sur le contrôle des assurés. Ainsi, le député Pierre André propose notamment de renforcer le contrôle médical afin de « dépister » les « simulateurs ». Cependant, ce renforcement du contrôle médical ne devrait pas être fait en mettant en cause les médecins qui peuvent être trompés par le patient.

« Quand un ouvrier se présente chez un médecin, que ce soit le docteur Fredet ou le docteur Segelle, et lui déclare : "J'ai mal dans le dos. Quand je me redresse, j'éprouve une douleur", même s'il ne constate rien à l'auscultation, le médecin ne peut pas lui dire : "j'affirme que vous n'avez rien". Si l'ouvrier change de médecin, le second auquel il s'adressera finira par reconnaître qu'en effet l'auscultation ne révèle aucune maladie, mais que le patient se plaint de douleurs dans le côté ou aux reins. Vous ne pouvez pas mettre en cause les médecins à propos de l'accident du travail ou de la petite maladie simulée. »

Pour le député socialiste Pierre Segelle, le contrôle médical ne peut pas être une solution intéressante pour le contrôle des assurés. Selon lui, Pierre André confond le petit risque et la maladie de courte durée dont les effets peuvent aller jusqu'à six mois d'incapacité finissant soit par la guérison, l'incapacité permanente ou la longue maladie. Or, si pour les maladies de courte durée (quelques semaines ou quelques mois), « le développement du contrôle médical, s'il est bien effectué, peut donner d'excellents résultats », c'est impossible pour le petit risque qui « est exactement le type du risque non contrôlable médicalement » :

« Un médecin, digne de ce nom, n'acceptera jamais, voyant un malade se présenter chez lui pour une fatigue sans signes objectifs, de le mettre à la porte en lui disant : "Vous êtes un fumiste, vous n'avez rien".

Cela pourrait se concevoir de la part d'un médecin contrôleur désigné par le patron mais pas de la part d'un médecin, je le répète, digne de ce nom, qui n'accepte de direction que de sa conscience.

En effet, une personne qui, fatiguée depuis deux jours, se présente chez le médecin, peut fort bien couvrir une typhoïde, dont le diagnostic se fait en général au bout du premier septénaire ou une tuberculose non encore patente ; Jamais un médecin ne prendra la responsabilité de dire à cette personne : "Vous n'avez rien". »

Daniel Mayer donne plusieurs exemples de faits illicites qui ont été sanctionnés ou qui sont sur le point de l'être. On peut à ce titre donner l'exemple du préventorium de Beaurouvre qui avait fait l'objet d'une interpellation de la part de Maurice Fredet :

« Hier, M. Fredet nous a parlé du préventorium de Beaurouvre. Je n'ai pas peur d'en dire à mon tour quelques mots. Il est incontestable que des irrégularités ont été commises dans son fonctionnement, que la comptabilité a été fantaisiste et imprécise que des frais de déplacement exagérés ont été signalés, que des irrégularités ont été commises et que des opérations ont été effectuées sans avoir reçu les autorisations administratives requises.

En ce qui me concerne, j'ai pris les sanctions nécessaires, puisque le conseil d'administration de la caisse régionale a été invité, par lettre du 4 janvier 1949, à prendre de sévères sanctions à l'égard des personnes responsables de la carence constatée, à veiller à l'avenir et à exercer un contrôle efficace de l'exploitation de ce préventorium.

Les fautes, effectivement très graves, monsieur Fredet, relevées à l'encontre du directeur du préventorium et des membres de sa famille employés dans l'établissement — indiscipline, mauvaise gestion, frais de déplacement souvent exagérés — ont donné lieu à un blâme sévère, au licenciement de l'intéressé et des siens, au remboursement du déficit injustifié de ses comptes. »

Annexe 2.6 - La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949

D'après Gérard Duprat, qui souhaite un tiers-payant généralisé à la fois pour les honoraires médicaux mais aussi pour les frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, l'absence de tiers-payant constitue un frein au développement de l'action sanitaire dans la mesure où une grande masse de salariés est dans l'impossibilité d'avancer les frais médicaux. Cela se traduit alors par une réticence à se soigner et donc à une réduction de la clientèle pour les médecins. L'alternative pour les familles ouvrière serait dramatique car elles devraient choisir entre se soigner au prix de « privations énormes » ou ne pas se soigner. Le deuxième argument énoncé par Duprat pour défendre le tiers-payant concerne la réduction des formalités administratives donc de la paperasserie et des pertes de temps. Enfin, il considère que l'instauration du tiers-payant permettra de respecter le montant légal du remboursement des frais médicaux (80%) car les producteurs ne pourront plus détourner le cadre légal :

« A l'heure actuelle, du fait que fort peu de conventions ont été passées entre le corps médical et les caisses, le remboursement du prix des visites se fait par rapport au prix officiel et non par rapport au prix réel. C'est le malade qui paye la différence. L'institution du tiers-payant réglerait cette difficulté. Nous invitons le Gouvernement à rendre obligatoires les conventions entre les caisses et le corps médical. Il s'agira de fixer des tarifs raisonnables, qui ne lèseront personne. Quant aux assurés, ils seraient évidemment couverts dans le pourcentage prévu dans la loi. Par exemple, chez le médecin, ils n'auraient à verser que les 20 p. 100 du montant de la visite. Donc, par le tiers payant, nous rendons la sécurité sociale plus efficace, plus humaine, et nous la rapprochons de l'assuré. »

La position du socialiste Pierre Segelle et de Daniel Mayer sur le tiers-payant :

Pierre Segelle :

« Je me tourne donc vers mes confrères et je leur dis bien haut : Si vous persistez à refuser les conventions avec la sécurité sociale, à les dénoncer unilatéralement ou à les violer dès le lendemain de leur signature, ne vous plaignez pas qu'on prenne dans l'avenir des mesures contre vous. Vous ne pouvez pas prétendre empêcher le fonctionnement de la sécurité sociale qui est voulue à juste titre par la population tout entière, ni prétendre la monopoliser à votre profit.

Je sais bien qu'en disant cela, je risque de m'attirer des rancunes tenaces de la part de mes confrères, mais je prends mes responsabilités. En demandant aux médecins de bien peser la question, en considérant les autres et non eux-mêmes, je suis sûr d'être dans la ligne médicale, car jamais les médecins n'ont dévié de leur idéal et renié leur mission pour de simples questions administratives ou pécuniaires. »

Le ministre Daniel Mayer soutient la position de son collègue dans la mesure où il estime que si les médecins ne se réconcilient pas avec la sécurité sociale en signant des conventions alors il faudra en venir au tiers-payant :

« Les médecins font ressortir que [le tiers-payant] entraînerait une surconsommation d'actes médicaux et des abus qui ne sauraient être limités par le seul ticket modérateur. [...] Il n'en reste pas moins que l'écart considérable entre les tarifs de remboursement de la sécurité sociale et les honoraires effectivement exigés par les médecins inflige à l'assuré social une charge difficilement admissible qui, en fait, constitue la pierre d'achoppement de la législation de sécurité sociale.

Ce n'est que dans la mesure où les professions médicales parviendront à se discipliner, à généraliser les conventions avec les organismes de sécurité sociale, que des réformes comme celle du tiers payant, qui suscite une si vive émotion de la part au corps médical, une émotion légitime, étant donné la tradition du corps médical français, cesseront d'être à l'ordre du jour. [...] Actuellement, le nombre des conventions approuvées par la commission nationale des tarifs est trop faible :

il est de 42 pour les médecins, de 9 pour les chirurgiens- dentistes, de 36 pour les sages-femmes. [...]

Comme pour la mutualité, nous nous réconcilierons et la réconciliation sera facile, j'en suis convaincu, monsieur Gérard Duprat et monsieur Meck, sans que l'on soit obligé d'en venir au tiers payant et de choquer ainsi tout de même la conscience du corps médical français. »

Arguments de la députée Isabelle Claeys sur la circulaire du 22 avril 1949 (prévoyant le non versement des allocations familiales pour les enfants absentéistes)/

Ceux qui dénigrent la classe ouvrière le feraient en total absence de connaissance sur ses conditions de vie et de travail :

« Si, pendant une heure seulement, ils avaient travaillé au fond de la mine avec les mineurs de charbon et de fer ; si, pendant une heure seulement, ils avaient participé au travail éreintant des ouvriers des laminoirs, des hauts fourneaux, des aciéries ou des fours à coke ; si pendant une heure seulement, ils avaient participé à ce qu'on appelle, dans les usines textiles, le travail scientifique, dans la poussière, ils ne se permettraient pas d'insulter les travailleurs, comme ils l'ont fait à cette tribune » ».

D'après la députée communiste les instituteurs et les institutrices chargés par le gouvernement de dénoncer les parents aux caisses d'allocations familiales ne seront pas complices du gouvernement. Cette circulaire masquerait en réalité les carences du gouvernement sur la question de l'école républicaine. Les budgets en 1949 sont au même niveau qu'en 1938 malgré l'inflation, la construction et reconstruction d'écoles est au ralenti, les classes sont surchargées (ce qui favorise le développement des maladies comme la grippe, la rougeole, la scarlatine... qui risquent de ne plus être protégées par la suppression du petit risque), certaines classes sont supprimées (à Tremblay les Gonesse, à Villepinte, etc.), de nombreux postes sont supprimés (168 suppléants en Seine-et-Oise, 2000 instituteurs suppléants dans la Seine, etc.). Tout cela est la conséquence du vote de 1.300 millions de francs de crédits en moins pour l'éducation nationale. En se focalisant sur l'absentéisme le gouvernement veut masquer sa politique générale de l'éducation.

Sur la question de la non fréquentation dans les classes, celle-ci n'est pas liée à un désintérêt pour l'institution scolaire – bien au contraire – mais à la situation difficile des familles. Ces dernières n'ont pas d'argent pour acheter la nourriture, les chaussures et les vêtements. Les bas salaires, le chômage et les temps partiels empêchent souvent les parents d'avoir les ressources nécessaires pour l'achat des besoins élémentaires de leurs enfants. Pour illustrer ces conditions difficiles la Claeys cite une mère travaillant chez Michelin dans le Puy de Dôme :

« Je suis mère de six enfants et seule pour les élever. Parfois mes enfants n'ont pas été à l'école parce que je n'avais pas de tablier ou de souliers à leur mettre. Cependant, je me lève tous les matins au plus tard à cinq heures. En rentrant le

soir, il faut préparer les repas, faire la lessive, repasser, raccommoder. Je vous assure qu'il faut constamment laver, n'ayant pas plusieurs chemises, pantalons, combinaisons et tabliers de rechange pour chacun. Il est toujours tard quand je me couche. Il m'est arrivé souvent aussi de garder ma plus grande à la maison pour soigner les plus petits lorsqu'ils étaient malades. Je ne pouvais les laisser seuls. Si j'avais manqué mon travail pour rester auprès d'eux, je n'aurais pas eu d'argent pour leur donner à manger. Ce n'est pas de ma faute si mes enfants manquent à l'école. Je voudrais bien qu'ils soient plus savants que moi. Mais les gens qui font de telles lois ne connaissent pas notre vie et ne font rien pour nous aider. »

Annexe 2.7 - Le déremboursement du petit risque

Comme d'autres députés, Patinaud insiste sur le fait que ce seraient les enfants et le taux de natalité à venir qui seraient les premières victimes de la suppression du petit risque :

« En outre, l'examen des bénéficiaires du petit risque permet de constater que les maladies d'enfants entrent pour une part importante dans les maladies de brève durée. Ce sont les familles nombreuses qui auraient à supporter les conséquences d'une si grave mesure. Cela mettrait en péril tout l'effort de prévention, en contraignant les parents à ne pas faire venir le médecin aussi souvent qu'il le faut lorsqu'un enfant tombe malade. C'est la raison pour laquelle nous mettons en garde tous les assurés et les honnêtes gens de ce pays contre une mesure qui tend à sacrifier la santé de nos enfants pour grossir les profits capitalistes et satisfaire les besoins de la guerre qu'on prépare.

Si, depuis la fin de la guerre, une augmentation importante des naissances et, chose unique depuis 1919, un excédent quasi permanent du nombre des naissances sur celui des décès sont enregistrés, il faut en rechercher les raisons dans les mesures nombreuses prises depuis la libération dans le cadre du plan français de sécurité sociale. Les craintes que soulevait, pour un jeune ménage, dans un passé récent la venue d'un enfant sont aujourd'hui atténuées par suite de la mise en œuvre de nos institutions sociales. Vouloir porter atteinte à ces réformes, ce serait nuire à l'amélioration de notre situation démographique, quand des résultats importants sont atteints dans la régression de la mortalité infantile. »

Annexe 2.8 - Le vote des ordres du jour

Pour terminer cette annexe, on donne les différentes possibilités d'ordre du jour. Au moment de voter les ordres du jour le président de séance est saisi de cinq possibilités :

Le premier ordre du jour est déposé par Marius Patinaud (PCF) et les membres du groupe communiste :

« L'Assemblée nationale, [é]mue des attaques dont est l'objet la sécurité sociale de la part du grand patronat français et des trusts américains, qui ont entraîné les mesures réactionnaires prises par le Gouvernement, exprime sa volonté : que soient abrogés le décret du 25 mars et la circulaire du 22 avril, 1949 ; que soient simplifiées les formalités ouvrant droit au paiement des prestations ; qu'il ne soit porté aucune atteinte aux principes et aux avantages que la sécurité sociale réserve aux assurés et à leur famille, [e]t, repoussant toute addition, [p]asse, à l'ordre du jour. »

Le deuxième ordre du jour est déposé par Paul Reynaud (RI), Marcel Roclore (RI), Joseph Delachenal (RI) et les membres du groupe des républicains indépendants et apparentés :

« L'Assemblée nationale, [s]oucieuse de rendre plus efficace, dans l'intérêt des travailleurs, l'action de la sécurité sociale, [f]ait confiance au Gouvernement pour : 1° Réduire les frais de gestion de la sécurité sociale, notamment par la suppression de la formalité coûteuse et inutile de l'immatriculation des assurés sociaux ; 2° Mettre en application la loi du 19 mars 1947 et faciliter la création de caisses mutualistes plus, à même que les caisses actuelles de contrôler l'octroi des prestations en matière de petits risques, 3° Coordonner les lois d'assistance et la sécurité sociale afin d'éviter des cumuls abusifs ; 4° Déposer annuellement sur le bureau de l'Assemblée nationale et, pour la première fois, avant la fin de la présente année, un état de prévisions des recettes et des dépenses du régime général de la Sécurité sociale et des régimes spéciaux, sous la forme de budget annexe ainsi qu'un bilan des diverses dépenses d'ordre social et d'assistance figurant dans les budgets de l'Etat et les budgets des collectivités locales, [e]t, repoussant toute addition, [p]asse à l'ordre du jour. »

Le troisième ordre du jour déposé par Albert Gazier (SFIO), Jean Masson (PRS) et Charles Viatte (MRP) :

« L'Assemblée nationale, [p]renant acte des déclarations du Gouvernement, [a]ffirme sa volonté de : 1° Harmoniser les rapports entre la sécurité sociale, la mutualité et le corps médical ; 2° Maintenir les prestations actuelles du régime général en améliorant le fonctionnement de la sécurité sociale, en simplifiant sa réglementation et en coordonnant les législations de sécurité sociale et d'assistance ; 3° Poursuivre la suppression des inégalités actuelles en matière d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants et les exploitants agricoles ; 4° Laisser la sécurité sociale assurer par elle-même l'équilibre financier de son régime général ; [f]ait confiance au Gouvernement pour l'application de ces principes [e]t, repoussant toute addition, [p]asse à l'ordre du jour. »

Le quatrième ordre du jour est déposé par René Capitant (UDSR), Edmond Michelet (MRP), Paul Theetten (RI) :

« L'Assemblée nationale, [r]ésolue à sauvegarder et à développer les institutions de sécurité sociale créées, par le Gouvernement provisoire de la République au lendemain de la libération ; [d]énonçant les dangers que la bureaucratie et les féodalités politiques font peser sur ces institutions ; [c]onsidérant que la sécurité sociale des Français et des Françaises ne peut résulter que : 1° De leur travail; 2° De leur épargne ; 3° De la mise en commun des risques selon le principe de la mutualité ; 4° De la solidarité des travailleurs envers ceux qui sont empêchés de travailler (enfants, malades, vieillards, chômeurs) ; [i]nvite le Gouvernement à déposer devant le Parlement un projet de loi réorganisant la sécurité sociale selon ces principes, [e]t passe à l'ordre du jour. »

Le cinquième ordre du jour est déposé par Paul Viard (MRP), André Guillant (MRP), Fernand Chevalier (PRL) :

« L'Assemblée nationale, [r]éaffirme son attachement au principe de la sécurité sociale ; [c]onstate la nécessité de réformer ses modalités d'application et ses modes de gestion afin de réduire les frais généraux, de mettre un terme aux abus et erreurs reconnus et de respecter l'indépendance du corps médical ; [o]bserve qu'une mauvaise organisation ou une gestion aventureuse ne pourraient manquer d'avoir de graves répercussions sur l'économie et demain sur le budget général du pays : [e]stime nécessaire, dans ces conditions, et compte tenu de l'importance des sommes gérées, que soit organisé ou renforcé un contrôle national et éventuellement départemental des caisses qui devront présenter chaque année leur bilan et leur compte d'exploitation ; [f]ait confiance au Gouvernement pour soumettre au Parlement, avant la fin de l'année un programme efficace de réorganisation assurant en particulier l'équilibre financier de chacun des risques couverts, [e]t, repoussant toute addition, [p]asse à l'ordre du jour. »

Après explications des votes, l'ordre du jour des communistes n'est pas adopté au contraire de celui de MM. Gazier, Masson et Viatte, soutenu par le gouvernement. L'assemblée adopte 293 voix contre 261 (majorité absolue de 293).

Table des matières

Convention de recherche entre l'UNSA Education et EconomiX (UMR CNRS, Université Paris X-Nanterre) PROGRAMME 2014-1/C41/P10/EconomiX	Sommaire	1
	Sommaire	2
	Introduction générale	3
	Membres de l'équipe	10
	Partie 1. La critique de la dépense publique : les mots et les chiffres	11
	Chapitre 1. Quelle hausse de la dépense publique ?	14
1.	La hausse de la dépense publique en fonction d'un agrégat habituel : le PIB.....	15
1.1	Analyse comparative générale	16
	Tableau 1.1 : niveau de la dépense publique en % du PIB et variations en points de PIB....	18
	Graphique 1.1 : évolution de la dépense publique en % du PIB	19
	Tableau 1.2 : variations de la dépense publique totale en points de PIB	20
	Tableau 1.3 : classement des pays en fonction de leur niveau de dépense publique exprimée en % du PIB.....	23
1.2	Effets dénominateur et numérateur du ratio dépense publique sur PIB	24
	Graphique 1.2 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour l'Allemagne	25
	Graphique 1.3 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la Corée du sud	26
	Graphique 1.4 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la France.....	27
	Graphique 1.5 : comparaison des variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour la Grèce	27
1.3	L'effet d'optique généré par « l'inflation » sur le numérateur du ratio dépense publique sur PIB	28
	Graphique 1.6 : comparaison des variations de la dépense publique entre 1995 et 2015 en volume et en valeur.....	29
2.	Un focus sur les dépenses publiques de santé, de protection sociale et d'éducation: quels poids dans la dépense publique totale ?.....	30

2.1	La dépense publique santé.....	30
	Graphique 1.7 : fonction santé exprimée en % du PIB.....	31
	Graphique 1.8 : La dépense de santé exprimée en % de la dépense publique.....	32
2.2	La dépense publique de protection sociale.....	32
	Graphique 1.9 : Dépense publique de protection sociale exprimée en % du PIB par pays ..	33
	Graphique 1.10 : Dépense publique de protection sociale exprimée en % de la dépense publique totale par pays.....	34
2.3	La dépense publique d'enseignement	34
	Graphique 1.11 : Dépense publique d'éducation exprimée en % du PIB par pays	35
	Graphique 1.12 : Dépense publique d'éducation exprimée en % de la dépense publique totale par pays.....	36
2.4	La dépense publique d'administration générale.....	36
	Graphique 1.13 : Dépense publique de services généraux des APU exprimée en % du PIB par pays	37
	Graphique 1.14 : Dépense publique de services généraux des APU exprimée en % de la dépense publique totale par pays.....	37
3.	Des niveaux de dépense publique réellement comparables ? Une question de périmètre de l'action publique.....	38
3.1	Le cas des dépenses de santé.....	39
	Graphique 1.15 : décomposition des dépenses de santé en % du PIB par pays en 1995.....	40
	Graphique 1.16 : décomposition des dépenses de santé en % du PIB par pays en 2015.....	41
3.2	Le cas des dépenses sociales	41
	Graphique n°1.17 : décomposition des dépenses sociales des pays de l'OCDE en % du PIB en 2011 (OCDE, 2014)	42

Chapitre 2. Les conventions qui soutiennent le changement de représentation de la dépense publique 45

1.	L'évolution de la représentation de la dépense publique : une approche en termes de référentiel.....	46
1.1	La fin du keynésianisme.....	47
1.2	Le passage d'un référentiel global à un référentiel sectoriel.....	48
1.3	L'entreprise et la concurrence comme modèles pour la gestion publique.....	49

2.	Les communautés épistémiques et la construction d'un modèle d'État social.....	51
2.1	L'autorité de la science économique conventionnelle.....	51
	Encadré 2.1.: L'exemple de l'économie de la santé.....	52
2.2	La pensée européenne.....	57
3.	De l'apparente neutralité des discours à la « nécessité » de la réforme.....	59
3.1	Les méthodes rhétoriques du discours réformateur.....	60
3.2	Trois critiques sur le discours réformateur.....	61
	3.2.1 Des arguments de théorie économique contestables.....	62
	Encadré 2.2 : La convention des 3%.....	64
	3.2.2 Des résultats empiriques douteux.....	65
	3.2.3 L'histoire pour rappeler la pluralité des mondes possibles.....	67
Chapitre 3 : Quelle modernité de la critique de la dépense publique ? Le cas de la Sécurité sociale.....		70
1.	Le contexte politique du débat sur la sécurité sociale de 1949.....	71
	Tableau 3.1 : Groupes Parlementaires issus de la première élection de la 4ème république.....	73
1.1	Les protagonistes du débat.....	74
1.2	Les chiffres clefs de la sécurité sociale.....	76
	Tableau 3.2 : Synthèse des problèmes et des solutions avancés lors du débat de l'été 1949 sur la sécurité sociale.....	79
2.	La matrice des « problèmes ».....	79
2.1	La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales.....	79
2.2	Le vieillissement de la population.....	81
2.3	L'inefficacité de l'Etat.....	82
2.4	L'inefficacité de la sécurité sociale.....	86
2.5	La crise économique et la concurrence internationale.....	90
3.	La matrice des solutions.....	96
3.1	Le renforcement du contrôle.....	96
3.2	La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949.....	100

3.3	Le déremboursement du petit risque	105
3.4	La réduction des cotisations et le transfert à la mutualité.....	108
4.	Les conventions statistiques et langagières : le poids du social ?.....	112
4.1	Une matrice de « problème » et de « solution » étrangement actuelle.....	113
4.2	Pourquoi observe-t-on une réponse politique différente aujourd’hui ?	116
Conclusion de la partie 1		120
Partie 2. Ce que produit la dépense publique : un projet de société ?		122
Chapitre 4. De la dépense publique à la production publique		125
1.	La place de la dépense publique dans l’économie : des « économies de marché » ?	125
1.1	Pour la théorie économique le marché n’existe pas (mais il est partout)	126
1.2	Pour la statistique économique, le hors-marché n’est pas résiduel	129
2.	La place de la dépense publique dans le débat de théorie économique.....	133
2.1	Les économistes face au problème de l’Etat.....	133
2.2	Quelques points de débat sur la question de la dépense publique	136
2.3	La question du financement de la dépense publique	139
	Tableau 4.1. Revenu disponible brut des ménages.....	142
	Tableau 4.2. Evolution du pouvoir d'achat par personne, par ménage et par unité de consommation.....	143
3.	La dépense publique a une contrepartie dont on peut faire l’éloge	144
	Tableau 4.3. Total des recettes fiscales en % du PIB, 2013.....	147
	Tableau 4.4. Revenu disponible brut des ménages en milliards d’euros (2015)	148
	Tableau 4.5. Dépenses et recettes des administrations publiques	149
	Tableau 4.6. Frais de gestion des principaux régimes en millions d’euros, année 2015	150
	Tableau 4.7. Recettes et dépenses des principaux régimes en millions d’euros, année 2015	151
	Tableau 4.8. Solde des régimes de base de 2013 à 2015 (en Md€)	152
Chapitre 5. Réduire les inégalités pour une meilleure santé		155
1.	Des limites des indicateurs de richesse à l’hypothèse Wilkinson	157

1.1	Un contexte général de critique du PIB.....	157
1.2	Le PIB et la santé : la santé n'a pas de prix.....	159
	Tableau 5.1. Le lien entre revenu par habitant et espérance de vie.....	160
	Tableau 5.2. Le Lien entre revenu par habitant et bonheur	161
1.3	L'hypothèse du lien entre inégalité et santé.....	161
	Tableau 5.3. Le Lien l'indicateur de problèmes sociaux et inégalités (international).....	162
	Tableau 5.4. Le Lien l'indicateur de problèmes sociaux et inégalités (Etats US)	163
2.	Quand les inégalités expliquent l'état de santé	165
2.1	L'impact des inégalités sur la santé mentale	165
	Tableau 5.5. Le Lien la prévalence des maladies mentales et inégalités	166
	Tableau 5.6. Le lien entre consommation de drogue et inégalités.....	168
2.2	L'impact des inégalités sur l'espérance de vie	168
	Tableau 5.7. Evolution des écarts d'espérance de vie à la naissance entre catégories socioprofessionnelles en Angleterre et au Pays de Galles	170
2.3	L'impact des inégalités sur l'obésité.....	171
	Tableau 5.8. Prévalence des problèmes de poids selon le sexe (en %)	172
	Tableau 5.9. Le lien entre l'obésité des adultes et les inégalités	174
	Tableau 5.10. Le Lien entre l'obésité des enfants et inégalités (international).....	174
	Tableau 5.11. Inégalités de revenus et maternités précoces.....	177
	Tableau 5.12 Taux d'homicide dans les 10 provinces Canadiennes et inégalités de revenus	178
	Tableau 5.13 Taux d'homicide dans les 50 Etats des Etats-Unis et inégalités de revenus .	178
3.	Quels apports de la théorie économique pour appréhender les inégalités ?.....	179
3.1	Quelques éléments de cadrage sur le niveau des inégalités.....	179
3.2	Les théories libérales valorisant les inégalités	182
3.3	Les théories interventionnistes critiquant les inégalités.....	183
Chapitre 6. La dépense publique sauve des vies en temps de crise		187
1.	Quand l'insécurité économique détériore l'état de santé	188

1.1	Chômage et santé.....	188
1.2	Logement et santé.....	190
1.3	Assurance santé et état de santé	191
	Encadré 3.1. La fragmentation du système de santé américain	192
2.	Dénaturaliser les conséquences de la crise : le rôle de la politique économique	194
2.1	L'impact sur la santé : Crise ou réponse politique à la crise ?.....	194
	Tableau 6.1. Hypothèses sur l'évolution de l'état de santé des populations	196
2.2	Grande dépression, New Deal et santé.....	197
	Encadré 3.2 : L'exemple Français de l'après-guerre.....	199
2.3	FMI et santé : la crise asiatique	200
3.	Un cas d'école : La comparaison Grèce / Islande	202
3.1	L'insubordination islandaise.....	203
	Tableau 6.2. Multiplicateur budgétaire selon les catégories de dépenses publiques.	204
3.2	Le bon élève grec.....	205
	Conclusion de la deuxième partie	209
	Partie 3. Santé et Education : deux cas exemplaires de privatisations.....	211
	Chapitre 7. Une cartographie des privatisations.....	214
1.	Une pluralité de privatisations	215
	Graphique 7.1 : Une pluralité de privatisations.	216
2.	Le développement du marché des opérateurs à but lucratif.....	217
3.	L'abandon de service public	219
4.	L'apprentissage d'un comportement entrepreneurial de l'utilisateur	221
5.	La privatisation par colonisation du public par le privé	222
	Chapitre 8. La privatisation en santé : une stratégie inégalitaire et inefficace	226
1.	Les processus de privatisation de la santé en Europe.....	226
	Graphique 8.1. Importance relative des processus de privatisation développés au cours des trente dernières années*	228

1.1	Si les processus de privatisation sont généralisés, ils sont hiérarchisés différemment selon les pays.....	229
1.2	Des stratégies différentes entre pays pour une même forme de privatisation.....	231
1.3	Une combinaison dans le recours aux différentes formes de privatisation spécifique à chaque pays.....	232
2.	Les conséquences de la privatisation sur le patient.....	233
	Graphique 8.2 Les effets des privatisations sur le patient	234
2.1	L'appauvrissement du malade	234
2.2	La fracture sanitaire.....	236
2.3	Le développement de la maltraitance organisationnelle.....	238
2.4	Des inégalités de santé justes.....	240
3.	Partage des risques et articulation de la dépense publique à la dépense privée.....	242
3.1	Responsabilité individuelle et justification du partage du risque	243
3.2	Faire payer le patient nuit à sa santé	245
3.3	La généralisation de la couverture complémentaire et le développement des inégalités ...	247
Chapitre 9. La Privatisation dans le secteur de l'éducation.....		250
1.	L'augmentation des frais d'inscription : une problématique d'avenir.....	250
2.	Les frais d'inscription : un vecteur d'égalité, d'efficacité et un moyen de répondre aux besoins budgétaires des universités ?.....	252
2.1	Un système équitable ?	252
2.2	Un système efficient ?	254
2.3	Un système économe en dépenses publiques ?	255
	Figure 9.1 : Comparaison entre différents types de crédits aux États-Unis.....	257
3.	Les frais d'inscription sont-ils la seule issue possible ?	258
	Tableau 9.1 : Caractéristiques des régimes d'États-providence d'Esping-Andersen (1990,1999)	259
	Tableau 9.2 : Taux d'accès et de réussite dans l'enseignement supérieur	261
	Tableau 9.3 : Part des dépenses publiques/privées en % du PIB au titre des établissements d'enseignement supérieur	262

Tableau 9.4 : Répartition des étudiants entre le secteur public et privé d'enseignement supérieur	263
Tableau 9.5 : Niveau des frais d'inscription	264
Tableau 9.6 : Les mécanismes d'accompagnement	265
Tableau 9.7 : Caractéristiques des régimes d'États-providences.....	267
Conclusion de la partie 3	271
Conclusion générale	274
Bibliographie.....	282
Annexes n°1 - Chapitre 1 – Données détaillées sur la dépense publique	298
Annexe n°1.1 - Variations en % du ratio DP/PIB, du PIB et de la DP exprimés en euro pour chaque pays de l'échantillon	298
Annexe n°1.2 - Variations en volume et valeur de la dépense publique en 1995 et 2015 .	300
Annexe 1.3 - Données CFAP par pays puis fonction.....	301
Annexe 1.4 - Données CFAP par fonction puis par pays	305
Annexe 1.5 - Dépenses publiques et privées de santé en 1995 et 2015.....	309
Annexes n°2 - Chapitre 3 - Fragments de discours au sujet de la sécurité sociale. L'étrange modernité du débat de 1949	311
Annexe 2.1 - La fraude et les abus des assurés : la santé et les allocations familiales	311
Annexe 2.2 - L'inefficacité de l'Etat.....	312
Annexe 2.3 - L'inefficacité de la sécurité sociale.....	313
Annexe 2.4 - La crise économique et la concurrence internationale.....	315
Annexe 2.5 - Le renforcement du contrôle	318
Annexe 2.6 - La mise en place du tiers-payant et la suppression de la circulaire du 22 avril 1949.....	320
Annexe 2.7 - Le déremboursement du petit risque	323
Annexe 2.8 - Le vote des ordres du jour	323
Table des matières	326

