

Les dépenses publiques en France : en fait-on trop ?

par [Xavier Timbeau](#)

Depuis 2005 la France dispute au Danemark la première place en matière de « dépenses publiques », telles qu'elles sont rapportées par l'OCDE. Comme le ratio dépense publique sur PIB a atteint 56,6% en 2010, il serait nécessaire, selon une opinion largement répandue, de « dégonfler » un Etat qui prendrait « trop » de place dans l'économie. Cette première place ne serait pas un titre de gloire mais le signe que nous avons atteint un niveau insoutenable de « dépenses publiques ». Puisque, par ailleurs, il est indispensable de réduire le déficit public, le chemin est clair : la réduction de la dépense publique serait la seule voie de maîtrise des finances publiques. Mais cette analyse simpliste est erronée.

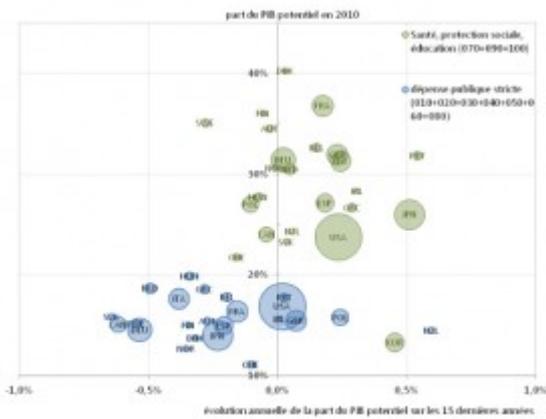
Elle repose sur une mauvaise utilisation des statistiques des [dépenses publiques diffusées par l'OCDE](#) et elle découle d'une mauvaise compréhension de ce que le terme « dépenses publiques » signifie. Il faut reconnaître que ce vocable prête à confusion (on ne prête qu'aux riches !).

Ce que l'on appelle la « dépense publique » associe d'un côté des dépenses collectives (de l'entretien des forces de sécurité à l'administration du pays ou encore la lutte contre la pauvreté) et de l'autre des dépenses de transfert assurantielles. Ces dépenses de transfert recouvrent l'assurance retraite ou l'assurance maladie. Elles sont individualisables, au sens où l'on connaît le bénéficiaire direct de la dépense (ce qui n'est pas le cas pour les dépenses d'administration dont le bénéfice est diffus) et sont financées par des schémas contributifs : pour avoir droit à la prestation, il est nécessaire d'avoir cotisé. Dans la plupart des pays, l'assurance retraite est presque complètement contributive,

dans le sens où les prestations relatives entre individus du même âge correspondent aux cotisations relatives. Le taux de rendement des cotisations (qui rapporte la valeur actualisée espérée du flux de prestations retraite à la valeur actualisée des cotisations) est comparable à celui qu'on peut obtenir sur longue période en capitalisant une épargne. Le minimum vieillesse, les avantages familiaux ou les pensions de réversion pourraient venir écorner ce principe contributif, mais en pratique, ces « avantages » compensent des carrières courtes, interrompues par des accidents de la vie et ne diffèrent pas beaucoup d'un schéma contributif. En ce qui concerne la santé, autre pilier des Etats sociaux modernes, l'aspect contributif est atténué par la redistribution opérée par une cotisation proportionnelle au salaire et une dépense qui dépend de l'âge et peu du revenu (à l'exception des indemnités journalières). Lorsque la dispense des soins est universelle, certains en bénéficient sans avoir contribué, mais ces cas restent marginaux et ne modifient pas le caractère quasi contributif de nos systèmes de santé.

Suivant les pays, la mutualisation des dépenses de transfert passe par des formes d'organisation diverses. Cela peut être à l'intérieur de l'entreprise, dans des organisations sectorielles, par des organismes paritaires (syndicats/patronat) ou intermédié par l'Etat central. La particularité de la France est d'avoir une intermédiation de la protection sociale principalement organisée par l'Etat. Ce n'est pas le cas dans d'autres pays comme le Royaume Uni, les Etats-Unis ou encore l'Allemagne. Même l'assurance chômage, qui est pourtant paritaire, est considérée par la comptabilité nationale comme relevant du secteur public et les cotisations chômage sont considérées comme des prélèvements obligatoires (les cotisations d'assurance automobile, pourtant imposées à celui qui circule sur les routes, ne sont pas dans les prélèvements obligatoires).

Figure 1 : décomposition et évolution de la « dépense publique », OCDE



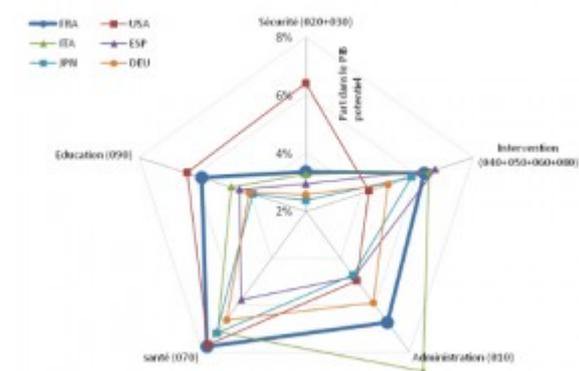
Source : OCDE, General government accounts, 2011, http://stats.oecd.org/bores.aspx?DataCode=GA_74&EEL, accès en mars 2012.
 * La surface des bulles est proportionnelle à la population du pays.
 ** Les données sont pour l'année 2010 et la variation en pourcentage pour la période 2010-2005 sauf pour Canada (2005-2005-2005), États-Unis, Royaume-Uni, Espagne, la Corée du Sud, les Pays-Bas, la Pologne et la Suède (2009-2009-2005) et la Nouvelle-Zélande (2005-2005-2005).
 *** Les abréviations de pays sont celles de l'OCDE : AT Autriche; BE Belgique; CA Canada; CH Suisse; DE Allemagne; DK Danemark; ES Espagne; FI Finlande; FR France; GB Royaume-Uni; GR Grèce; IE Irlande; JP Japon; KR Corée du Sud; NL Pays-Bas; NO Norvège; NZ Nouvelle-Zélande; PL Pologne; PT Portugal; SI Slovaquie; SE Suède; US États-Unis.

La figure 1 illustre la position singulière de la France. En France, en 2010, les « dépenses publiques » au sens strict (c'est-à-dire non-individualisables comme la sécurité intérieure et extérieure, l'administration, des dépenses d'intervention diverses) représentent 18,2% du PIB. Pour cette « dépense publique stricte » la France était en 2009 au 10^e rang des pays de l'OCDE (voir également la figure 2). Si le « concours de maigreur » ne concernait que les dépenses de ce champ strict, la France serait dans une bonne moyenne par rapport à d'autres pays décidément dépensiers comme les États-Unis, le Portugal ou encore l'Italie. Qui plus est, et contrairement au Royaume Uni, aux États-Unis ou à l'Irlande, la France a réduit au cours des 20 dernières années la part de la « dépense publique stricte » faisant-là preuve d'une rigueur de gestion inattendue.

La figure 1 montre également que le noyau dur des « dépenses publiques » est peu dispersé parmi les pays de l'OCDE. Un pays développé a besoin de sécurité, d'administration ou de dépenses d'intervention. Ces dépenses régaliennes sont difficilement compressibles, et entre l'Etat le plus dépensier (la Hongrie) et le plus économe (la Suisse) la différence est de 8 points de PIB. Si on se limite aux Etats de grande taille, l'écart est plus faible (une différence de 3,6 points

de PIB entre le Japon et l'Italie). En revanche, concernant les « dépenses publiques sociales », les différences entre Etats sont majeures, l'écart étant de 27 points de PIB entre la Corée et le Danemark ou, parmi les grands pays, de 13 points de PIB entre les Etats-Unis et la France. Ceci fait de la France, avec le Danemark, la Suède, l'Autriche ou la Finlande, un pays où la « dépense publique sociale » en proportion du PIB est élevée.

Figure 2 :
« dépenses publiques » par grandes catégories pour quelques pays de l'OCDE en 2010



Source : OCDE, General government accounts, 2011; les catégories de l'OCDE sont : 810: Services généraux des administrations publiques; 020: Défense nationale; 050: Ordre et sécurité publics; 940: Affaires économiques; 950: Protection de l'environnement; 040: Logement et développement collectif; 070: Santé; 800: Loisirs, culture et cultes; 090: Enseignement; 100: Sécurité sociale et services sociaux; 180 n'est pas représenté sur le graphique parce qu'il est trop important que les autres catégories (voir la figure 1)

Peut-on conclure de ces données que le système français de protection sociale est plus généreux que dans les autres pays ? Que c'est là la cause d'une dette publique insoutenable (figure 3) ? Peut-on dire qu'il est trop généreux et qu'il faut inverser la tendance des 20 dernières années en réduisant la part de la dépense sociale dans le PIB ? Non, cela n'indique qu'une seule chose, c'est que la protection sociale, la santé ou l'éducation sont dispensées en France directement par l'Etat qui en assure le financement par des prélèvements obligatoires. Dans les autres pays, l'intervention de l'Etat (ou des collectivités territoriales) peut être aussi massive (en définissant par exemple le cahier des charges de l'éducation, le prix des soins ou des médicaments, l'obligation de souscrire à une assurance retraite ou santé) mais la production du service ou la distribution de la prestation peut être confiée à un organisme non public. Dans certains pays, seule une partie de la

couverture maladie ou retraite est obligatoire, les individus étant ensuite « libres » de choisir le niveau de dépense qu'ils souhaitent. Cette liberté est relative, puisqu'elle peut être guidée par des incitations fiscales (au lieu d'une « dépense publique », on parle de « dépense fiscale », puisque cela implique un manque à gagner en termes de recettes fiscales pour l'Etat) ou par la nécessité.

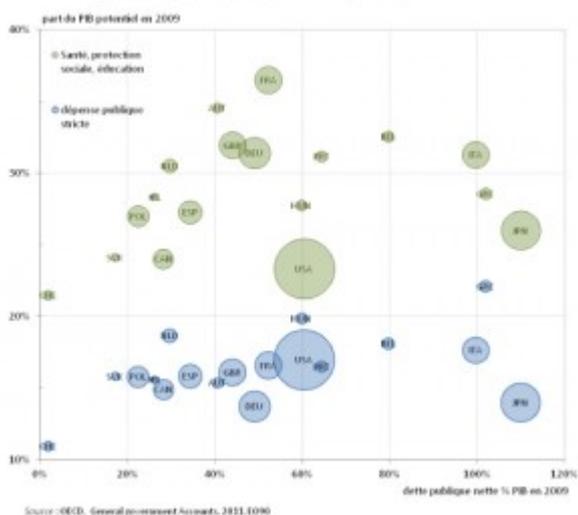
Ainsi, la dépense totale de santé ou d'éducation est plus élevée aux Etats-Unis qu'elle ne l'est en France, une fois rapportée au PIB, bien que la part directement distribuée par l'Etat y soit plus faible. Pourquoi ces dépenses réputées caractéristiques d'un Etat social sont plus développées dans une société plus individualiste ? Prend-on correctement en compte les incitations fiscales ou les normes sociales ? Autre exemple : la mise en place de la surcote ou de la décote dans le système de retraite français a modifié les incitations individuelles et donc les rendements individuels (vers une plus grande « neutralité actuarielle »). Mais cela n'a pas pour autant modifié la part des « dépenses publiques » de retraite dans le PIB. Demain, la mise en place d'une assurance dépendance pourra augmenter la « dépense publique sociale » de quelques points de PIB. La bonne question n'est pas la personnalité juridique de l'organisme distributeur, mais plutôt de savoir quelles sont les incitations que les individus perçoivent et quelle solidarité inter- ou intra-générationnelle cette assurance dépendance impliquera.

Un système social doit donc se juger sur les droits qu'il ouvre, sur les devoirs qu'il implique et donc sur son aspect plutôt contributif ou plutôt solidaire et redistributif. Pour cela il faut regarder à la fois les prestations, les prélèvements et les garanties implicites ou explicites apportées en cas de choc aux institutions privées ou publiques qui dispensent ces prestations. Un système privé peut être très redistributif (lorsque la tarification de certains risques est interdite, lorsque la garantie publique est

intégrale) et un système public peut être très contributif et plus neutre du point de vue intergénérationnel qu'un système privé, comme nous le montre par exemple le système suédois des retraites.

Un simple examen des données agrégées ne peut permettre de trancher le débat et c'est pourquoi tenter de convaincre de l'utilité de réduire les « dépenses publiques sociales » au motif qu'elles seraient plus élevées que dans tous les autres pays n'a tout simplement aucun sens.

Figure 3 : « dépense publique » et dette publique nette, OCDE



Ci-dessous les trois graphiques en format pdf

[Figures Dépenses publiques en France XT](#)

Notre système de santé est-il en péril ? Réformer le

remboursement des soins (3/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le troisième, ici présenté, le problème du remboursement des soins, des soins de longue durée et de la hausse des dépassements d'honoraires.

Actuellement le remboursement des soins par la Sécurité sociale varie en fonction de la gravité de la maladie : les soins de longue durée, qui correspondent à des affections de gravité élevée, sont pris en charge à 100 % alors que les remboursements des soins courants ont tendance à diminuer du fait de l'existence et de la hausse de forfaits divers non remboursés. S'ajoute à cette évolution structurelle la hausse des dépassements d'honoraires non remboursés qui réduisent la part des dépenses financée par la Sécurité sociale. Il en résulte que la prise en charge des soins courants par l'assurance maladie est limitée à 56,2 % alors que le taux de remboursement des malades atteints d'affections de longue durée (ALD) est de 84,8 % pour les soins de ville^[1]. Cette situation a de multiples conséquences fâcheuses : elle peut entraîner un renoncement à certains soins courants avec des conséquences négatives sur la prévention des affections plus graves ; elle renchérit le coût des assurances complémentaires qui paradoxalement sont taxées pour alimenter l'assurance obligatoire au motif de la forte prise en charge publique des ALD. Enfin elle donne à la définition du champ des ALD un rôle central alors qu'il n'est pas très facile à délimiter puisqu'il faut mêler la mesure du « degré » de gravité et celle du coût des traitements pour définir la liste des

affections ouvrant droit à un remboursement complet. La question des affections multiples et de leur prise en charge simultanée par l'assurance maladie au titre des soins courants ou des ALD constitue d'autre part un casse-tête bureaucratique générateur d'incertitude et de dépenses de gestion et de contrôle peu utiles.

C'est pourquoi certains proposent de remplacer le système des ALD par la mise en place d'un bouclier sanitaire qui permettrait la prise en charge à 100 % de l'ensemble des dépenses dépassant un certain seuil annuel. Au-delà d'un certain seuil de dépenses non remboursées (correspondant par exemple au niveau actuel du « reste à charge » moyen après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, soit environ 500 euros par an en 2008 [\[21\]](#)) la prise en charge par la Sécurité sociale deviendrait intégrale. Un tel système assurerait mécaniquement la prise en charge des dépenses les plus importantes associées aux maladies graves sans nécessiter le détour actuel par les ALD.

On peut aussi imaginer moduler le seuil de dépenses non remboursées en fonction du revenu (Briet et Fragonard, 2007) ou le taux de remboursement ou les deux. Cette possibilité est généralement évoquée pour limiter la hausse des dépenses remboursées. Elle pose la question habituelle du soutien des plus favorisés aux assurances sociales alors qu'ils auraient intérêt à se rallier à la mutualisation du risque santé dans le cadre d'assurances privées à cotisations proportionnelles aux risques plutôt qu'aux revenus.

La mise en place d'un système de bouclier sanitaire pose aussi la question du rôle des assurances complémentaires. Historiquement ces assurances « complétaient » la couverture publique par la prise en charge de dépenses écartées totalement ou quasi intégralement du panier de soins remboursés par l'assurance de base (appareils dentaires, montures de lunettes, optique sophistiquée, chambres « seul » à l'hôpital, etc.). Elles interviennent aujourd'hui de plus en

plus comme des assurances « supplémentaires » qui viennent compléter l'assurance publique pour le remboursement de l'ensemble des dépenses de santé (prise en charge du ticket modérateur, remboursement partiel des dépassements d'honoraires). Le passage à un système de bouclier sanitaire limiterait leur champ d'action au remboursement des dépenses en deçà du seuil. On imagine souvent que les assurances complémentaires, si elles sortaient de leur rôle actuel de co-payeur aveugle des dépenses de soins, pourraient jouer un rôle actif de promotion de la prévention en proposant par exemple une modulation des cotisations en fonction des comportements des assurés[3]. Mais quel serait leur intérêt si le bouclier venait limiter leur engagement au-delà du seuil non pris en charge par l'assurance publique ? Même dans le cas du maintien d'un « reste à charge » non négligeable au-delà du seuil du fait des dépassements d'honoraires par exemple, elles resteraient certainement relativement passives et la situation serait peu modifiée par rapport à celle d'aujourd'hui qui les écarte de l'essentiel de la prise en charge des maladies graves et coûteuses.

Dès lors un système dans lequel l'assurance publique assure seule la prise en charge d'un panier de soins clairement délimité est sans doute préférable : il faudrait pour cela que le bouclier sanitaire soit croissant avec le revenu, les ménages les plus pauvres étant pris en charge à 100 % au premier euro. Si les ménages aisés décidaient de s'auto-assurer pour les dépenses en deçà du seuil (ce qui est vraisemblable si celui-ci est inférieur à 1000 € par an), les complémentaires pourraient se retirer pratiquement intégralement du champ des remboursements des dépenses de soins courants. Par contre, elles pourraient se consacrer à la prise en charge des dépenses hors champ de l'assurance maladie publique, soit en pratique les dépenses de prothèses dentaire et d'optique correctrice. Dans ces domaines elles pourraient intervenir plus activement qu'aujourd'hui pour structurer l'offre de soins et d'appareillage. Leur rôle de payeur

principal dans ces secteurs justifierait qu'on leur délègue la responsabilité de traiter avec les professions concernées. Cette solution impliquerait toutefois qu'un système de prise en charge publique vienne aider les plus pauvres à accéder aux soins non pris en charge par l'assurance publique (sous une forme proche de l'actuelle CMU qui devrait toutefois être étendue et rendue plus progressive). Il n'existe donc pas de solution simple à la question de l'articulation entre assurance publique et assurance privée complémentaire.

Il faut aussi évoquer la fusion des deux systèmes, en pratique l'absorption du privé par le public, qui aurait l'avantage de simplifier l'ensemble du dispositif mais laisserait partiellement irrésolue la question de la définition du panier de soins pris en charge. Il est fort probable qu'à la marge du système des assurances complémentaires se réinstallent pour prendre en charge les dépenses annexes non couvertes par le système public du fait de leur caractère jugé non indispensable et de confort. Le remboursement des dépenses de santé doit donc certainement rester mixte, mais il est urgent de reconsidérer la frontière entre privé et public sinon la tendance à privilégier la baisse de la prise en charge publique se renforcera au détriment de la rationalisation du système et de l'équité dans la prise en charge des dépenses de santé.

[\[1\]](#) En 2008. Il s'agit d'un taux de prise en charge hors optique. Avec l'optique le taux de prise en charge par l'assurance maladie tombe à 51.3 % (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, décembre 2011).

[\[2\]](#) HCAAM, 2011 (op.cit.)

[3] La prise en compte des comportements des assurés n'est pas aisée. Au-delà du recours aux examens préventifs qui peut être relativement facilement mesuré, les autres comportements de prévention sont difficilement vérifiables. Il existe d'autre part un risque, inhérent à l'assurance privée, d'écrémage de la population par les assureurs : pour attirer les « bonnes » clientèles on assure la prise en charge de dépenses caractéristiques des populations à plus faible risque (par exemple le recours aux médecines « douces »), et on rejette celles qui présentent le plus de risque sur la base de questionnaires médicaux détaillés.

Notre système de santé est-il en péril ? Le financement de l'assurance maladie et la crise (1/4)

par [Gérard Cornilleau](#)

La santé fait partie des préoccupations essentielles des Français. Pourtant sa place dans le débat politique reste limitée, sans doute du fait du caractère très technique des problèmes que posent le financement et la gestion du système de soins. [Une note de l'Ofce](#) présente les quatre problèmes qui nous semblent essentiels dans le contexte actuel de crise économique générale : le premier concerne le financement de l'assurance maladie qui est mis à mal par l'affaiblissement des recettes liée à la crise ; le second concerne l'accès aux soins qui pourrait devenir plus compliqué du fait de la

réduction temporaire du nombre de médecins ; le troisième est lié à l'évolution mal maîtrisée du partage des remboursements par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans un contexte de croissance des dépenses non remboursées (notamment celles liées à la progression des dépassements d'honoraires) ; enfin le quatrième problème saillant concerne la gestion hospitalière qui a été fortement déstabilisée par l'introduction de la tarification à l'activité.

Le financement de l'assurance maladie : une nouvelle source à explorer

La crise a contribué à accentuer les difficultés de financement de l'assurance maladie, ce qui nourrit une inquiétude à propos de la pérennité du système de santé et de la prise en charge publique des dépenses de soins. Toutefois, l'analyse des grandes tendances des dépenses et du financement montre que dans l'hypothèse d'un retour à une situation macroéconomique « normale » les difficultés financières devraient être contenues et l'effort structurel à fournir pour équilibrer le régime relativement limité : le déficit de départ est relativement faible (environ 0,6 point de Pib de déficit total qui se partage à peu près en deux moitiés égales à 0,3 point de déficit structurel et 0,3 point de déficit conjoncturel), et les perspectives de croissance des dépenses à court-moyen terme restent modérées (avec une hausse du ratio dépenses / Pib de l'ordre de 0,1 point de Pib par an). Une augmentation de la CSG et des efforts réalistes de maîtrise des dépenses (de l'ordre de 1 à 2 milliards par an relativement à la tendance spontanée) devraient suffire à assurer la pérennité financière du système.

Si la situation macroéconomique était durablement très dégradée, le déficit de l'assurance maladie pourrait augmenter et la question des économies de dépenses se poser avec plus d'acuité. Deux options seraient ouvertes : soit accepter une nouvelle hausse du déficit, la solution de la question du financement ne pouvant résulter que d'un changement radical

des politiques européennes ; soit renoncer à la reprise de la croissance et ajuster en conséquence les paramètres financiers de l'assurance maladie. Trois variables sont disponibles pour ajuster les comptes : la réduction tendancielle des dépenses, la hausse des prélèvements, la baisse des remboursements. Dans ce scénario noir de renoncement à la croissance, Il est vraisemblable que les pouvoirs publics cherchent à agir sur ces trois variables. La réduction tendancielle des dépenses est difficile à envisager alors que les besoins liés à la croissance démographique et au vieillissement continueront à croître et que la tendance spontanée est déjà modérée. La hausse des prélèvements est envisageable, mais elle entrerait en concurrence avec les hausses de fiscalité destinées à financer les autres dépenses publiques. Quant à la baisse des taux de remboursement elle peut difficilement s'appliquer de manière uniforme alors que la prise en charge des dépenses courantes de médecine de ville est déjà très faible.

La seule voie qui n'a pas encore été empruntée est celle du remboursement sous conditions de ressources qui implique une forte hausse de la participation financière des ménages les plus aisés. Cette mesure permettrait sans doute de limiter les déficits mais fragiliserait le système qui pour les plus riches deviendrait de plus en plus coûteux, ce qui les pousserait à soutenir le passage à un système d'assurance privé excluant toute redistribution entre riches et pauvres.