



HAL
open science

L'explosion des dépenses de santé : éclairages pour une réforme

Florent Venayre

► **To cite this version:**

Florent Venayre. L'explosion des dépenses de santé : éclairages pour une réforme. Colloque du Laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire, Dec 2010, Tahiti, Polynésie française. pp.49-73. halshs-00724880v2

HAL Id: halshs-00724880

<https://shs.hal.science/halshs-00724880v2>

Submitted on 23 Aug 2012

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.

L'explosion des dépenses de santé : éclairages pour une réforme

Florent Venayre*

in : *Les dépenses de santé en Polynésie française, Actes du Colloque du Laboratoire Gouvernance et Développement Insulaire, Tahiti, 3 décembre 2010, pp. 49-73, 2012.*

Depuis quelques années, des signaux alarmants, relayés par les médias polynésiens, nous informent régulièrement des dangers encourus par le système de santé de la Polynésie française. Son financement semble être de moins en moins assuré et les menaces de son effondrement se font jour. Nous nous proposons dans cet article de caractériser les difficultés rencontrées par le financement du système de santé dues, particulièrement, à l'explosion du niveau des dépenses de santé.

Les bases de travail ne sont cependant pas évidentes. Peu de sources de données sont en effet disponibles sur la question en Polynésie française. La première source de données sur les dépenses de santé provient de la caisse de prévoyance sociale (CPS). Elle a le mérite d'être « historique », au sens où il est possible d'accéder à une mesure des dépenses de santé depuis la mise en place de la protection sociale généralisée (PSG) en 1995. Néanmoins, cette évaluation est basée sur le travail de collecte effectué par la CPS, qui ne prend pas en compte l'intégralité de tous les coûts qui constituent les dépenses totales de santé. Ces chiffres conduisent donc à sous-estimer la réalité du poids du secteur de la santé au sein de l'économie polynésienne. Pour ces motifs, la Direction de la santé a souhaité procéder à une évaluation plus complète – ce que la CPS n'était pas en mesure de réaliser – en intégrant tous les coûts qui constituent, directement ou indirectement, des dépenses de santé pour la collectivité¹. Les résultats obtenus par cette seconde source d'information sont ainsi sensiblement différents des seules dépenses que la CPS, en tant qu'organisme de gestion, était en mesure de comptabiliser. Ils permettent de mettre en exergue un poids réel de la santé beaucoup plus important que ce qui pouvait être appréhendé auparavant. Ainsi, pour l'année 2008, les comptes de la santé évaluent les dépenses totales de santé à 71,7 milliards de Fcfp, tandis que la CPS ne pouvait en recenser, pour la même année, que 48,4 milliards. Malheureusement, la production des comptes de la santé est très récente, et nous ne disposons donc de ces chiffres que pour 2008 et 2009, ce qui ne permet pas une visualisation des évolutions de moyen ou long terme².

* Maître de conférences en Sciences économiques, Université de la Polynésie française et LAMETA, Université de Montpellier.

¹ Voir la contribution du directeur de la santé, M. Dominique Marghem, dans ce même ouvrage pour des informations plus détaillées sur la constitution des comptes de la santé.

² A titre de remarque, cela renvoie plus généralement à un problème récurrent dans bien des domaines qui est la faiblesse de l'outil statistique en Polynésie française, lui-même lié à l'absence de culture d'évaluation des politiques publiques.

En l'état des sources d'information disponibles, nous proposons de caractériser l'évolution des dépenses de santé de la Polynésie française depuis la réforme de la protection sociale généralisée et de la mettre en perspective avec les autres collectivités ou pays du Pacifique, ainsi qu'avec la progression des richesses de la Polynésie (1). L'explosion des dépenses de santé ainsi mise en évidence souligne les difficultés d'équilibre financier du système de santé. Cela conduit à s'interroger, de manière plus générale, sur les modalités d'organisation du financement d'un système de santé, en relation avec ses performances (2), mais aussi en relation avec la satisfaction des assurés que le système est censé servir (3). L'article se propose de conclure sur un essai de prévision des dépenses de santé, en dépit des difficultés statistiques importantes soulignées plus haut (4).

1. Evolution comparative des dépenses de santé

En 1995, la Polynésie française a adopté une grande réforme visant à étendre le système de protection sociale à l'ensemble des Polynésiens, notamment en matière de dépenses de santé. La PSG a ainsi été mise en place, gérée par un organisme unique – la CPS –, fixant un taux de remboursement élevé, contre l'avis même, à l'époque, de certains professionnels du secteur qui avaient anticipé les difficultés de financement à venir de ce nouveau système de santé. Depuis cette réforme profonde, le taux de couverture des Polynésiens est effectivement passé de 71,7 % fin décembre 1994 à 98,3 % fin décembre 2010³, et l'explosion des dépenses de santé corollaire pose des problèmes de financement tels que l'avenir du système social polynésien en devient compromis⁴.

La très forte progression des dépenses de santé, observée continûment depuis l'instauration de la PSG, a été très largement supérieure à l'évolution du PIB sur la même période. Une véritable déconnexion des tendances peut s'observer (voir graphique 1). Cela est d'autant plus préoccupant que l'on observe une croissance réelle du PIB extrêmement faible depuis 2002, et que, compte tenu du développement démographique, le PIB par tête a tendance à se réduire progressivement, certes à un niveau faible. Les effets de la crise économique subie par la Polynésie française depuis 2008 viennent encore renforcer l'aspect alarmant des précédents constats.

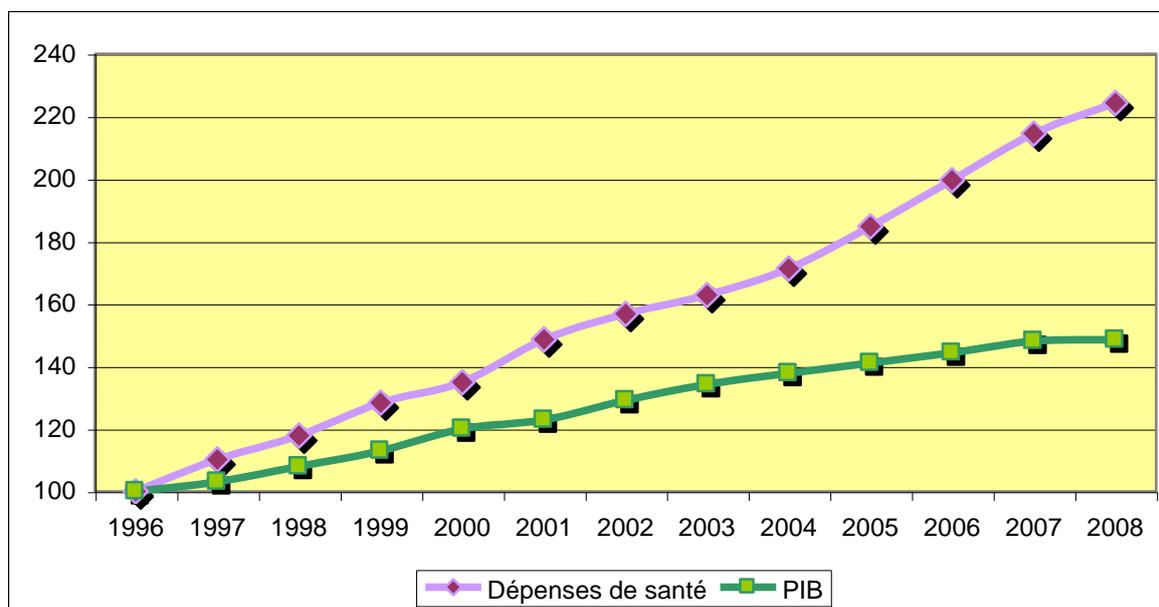
On voit d'après le graphique 1 que le PIB connaît sur la période 1996-2008 une augmentation de 48,5 %, tandis que les dépenses de santé observent un accroissement de 124,3 %, soit une progression deux fois et demi plus forte. On peut par ailleurs remarquer que la progression des dépenses de santé affiche une constance très prononcée⁵, ce qui laisse présager que cette évolution se maintiendra dans les années à venir, en l'absence de mesures spécifiques destinées à endiguer le phénomène.

³ Ce sont ainsi 264 096 Polynésiens qui sont couverts par la PSG au 31 décembre 2010. Voir : CPS, 2011, « Evolution de la couverture sociale de 1994 à 2010 », www.cps.pf.

⁴ Voir : Bambridge T., Venayre F. et Vucher-Visin J., 2010, « Les défis sociaux de la Polynésie française », *Revue Juridique Polynésienne*, Vol. 16, pp. 41-68.

⁵ Nous reviendrons sur l'analyse de cette question dans la quatrième partie de cet article.

Graphique 1 : Evolution comparée du PIB et des dépenses de santé en Polynésie française



Sources : Données CPS pour les dépenses de santé et ISPF pour le PIB.

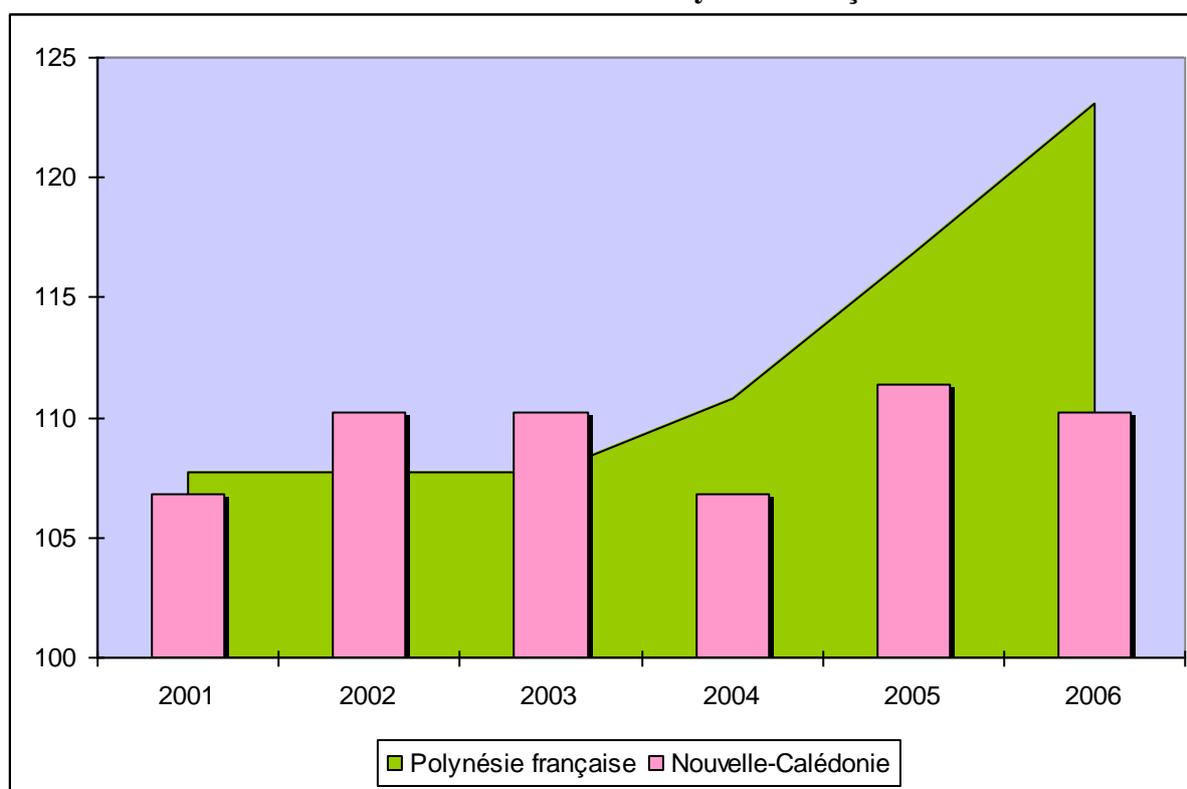
Remarques :

- ✓ Les données définitives pour le PIB de 2007 et 2008 n'étant pas officiellement connues, elles ont ici été générées à partir des taux de croissance fournis par les travaux des Etats-généraux de l'outremer, ce qui conduit à une estimation de 550,289 milliards de Fcjp pour 2007 et 551,940 milliards de Fcjp pour 2008.
- ✓ Les calculs ont été effectués avec une base 100 en 1996 pour les deux séries.

Au-delà de cette mesure en valeur monétaire courante, il est intéressant de voir comment évoluent les dépenses de santé polynésiennes exprimées en points de PIB, et de les comparer aux dépenses calédoniennes. La Nouvelle-Calédonie présente en effet des similitudes fortes avec la Polynésie française, aussi bien en termes de richesse que de démographie. Le graphique 2 mesure ainsi les dépenses de santé en pourcentage du PIB, pour les deux collectivités françaises du Pacifique, et représente l'évolution de ce taux sur la période 2001-2006, avec comme base 100 en 2000 dans les deux cas.

On constate que les deux collectivités ont connu une augmentation proche, et assez marquée, de la proportion des dépenses de santé dans le PIB entre 2000 et 2001. Dans les deux années suivantes, alors que la Nouvelle-Calédonie voyait la part de sa richesse consacrée à la santé augmenter encore un peu, la Polynésie française a connu une stabilité de son ratio, c'est-à-dire que son PIB et ses dépenses de santé progressait avec la même vigueur. Mais le plus remarquable est le véritable décrochage polynésien observé à partir de 2004, alors même que la Nouvelle-Calédonie semble poursuivre une relative stabilité. Au total, alors que la part de la richesse totale consacrée à la santé ne progresse que de 10,2 % en Nouvelle-Calédonie entre 2000 et 2006, elle augmente de plus du double en Polynésie française, pour atteindre 23,1 %, et ce en dépit des similitudes des deux collectivités, soulignées plus haut.

Graphique 2 : Evolution comparée des dépenses de santé (en pourcentage du PIB) en Nouvelle-Calédonie et Polynésie française



Sources : Données CPS pour les dépenses de santé en Polynésie française, ISPF pour le PIB polynésien et ISEE pour la Nouvelle-Calédonie.

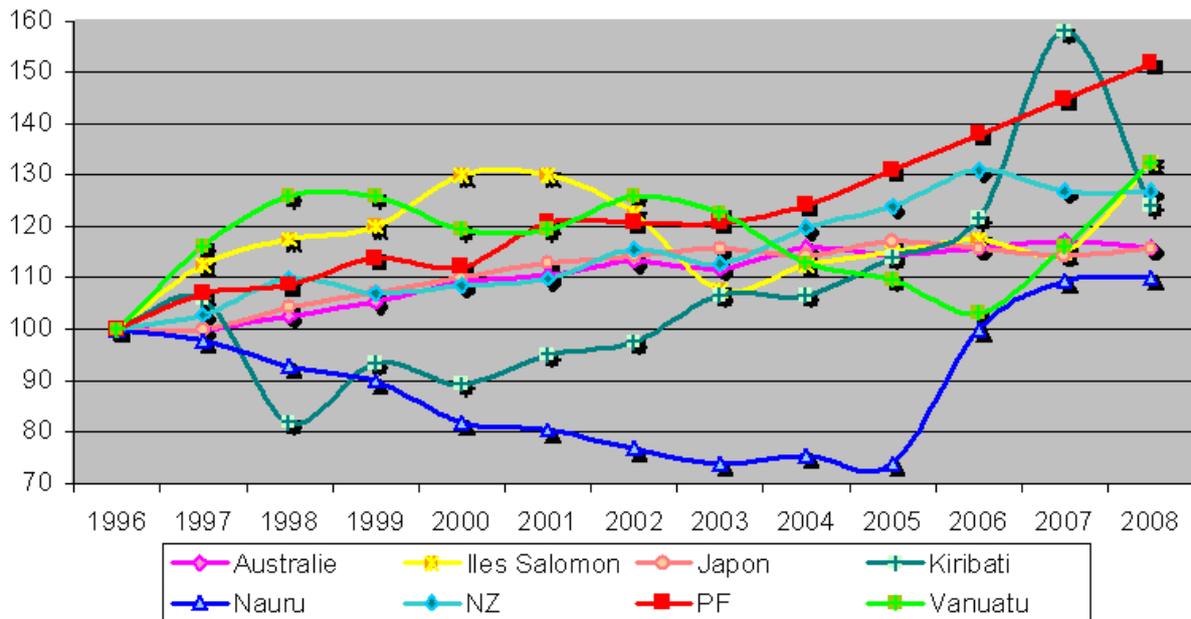
Remarque : Les calculs sont effectués avec une base 100 en 2000.

Lorsque l'on tente de positionner la Polynésie française par rapport à l'ensemble des pays du Pacifique, le constat reste le même : la progression des dépenses de santé polynésiennes est particulièrement accentuée au regard de l'ensemble de ses voisins. On se propose ainsi d'effectuer une comparaison entre la Polynésie française et 15 autres pays du Pacifique⁶. On distingue ici deux groupes de pays : ceux qui connaissent entre 1996 et 2008 une augmentation globale de leurs dépenses de santé (graphique 3), et ceux qui connaissent au contraire une diminution de ces dépenses (graphique 4). Il s'agit ici de mesures relatives des dépenses, comme dans le cas précédent de la comparaison entre Polynésie française et

⁶ Il s'agit de l'Australie, de Fidji, des Iles Cook, des Iles Marshall, des Iles Salomon, du Japon, de Kiribati, de Nauru, de la Nouvelle-Zélande, de Palau, de la Papouasie Nouvelle-Guinée, de Samoa, de Tonga, de Tuvalu et du Vanuatu. Les données d'évolution concernant Niue ont été retirées en raison de leur faible fiabilité statistique. Ainsi, par exemple, les dépenses de santé représenteraient 8 % du PIB en 2000, 38,1 % en 2001 et 11,1 % en 2002 selon les données recueillies par l'OMS. De telles évolutions semblent être plus vraisemblablement dues à des erreurs de mesures qu'à des évolutions réelles. Or, au-delà de ces quelques exemples, c'est l'ensemble de la série des données de Niue qui semble être sujette à caution, d'où le choix de supprimer cette série. Dans les données conservées, d'autres évolutions semblent parfois très surprenantes, comme celle de Kiribati en 2007 ou encore de Tuvalu en 2000, mais nous avons choisi de les maintenir malgré tout en l'état des données disponibles, dans la mesure où ces observations ne concernent à chaque fois qu'une partie de la série du pays, contrairement au cas de Niue.

Nouvelle Calédonie, c'est-à-dire que les dépenses de santé sont calculées comme un pourcentage du PIB du pays pour l'année en question. Les différentes mesures sont ensuite comparées en utilisant une base 100 en 1996.

Graphique 3 : Evolution des dépenses de santé pour les pays du Pacifique ayant connu une augmentation des dépenses sur la période 1996-2008



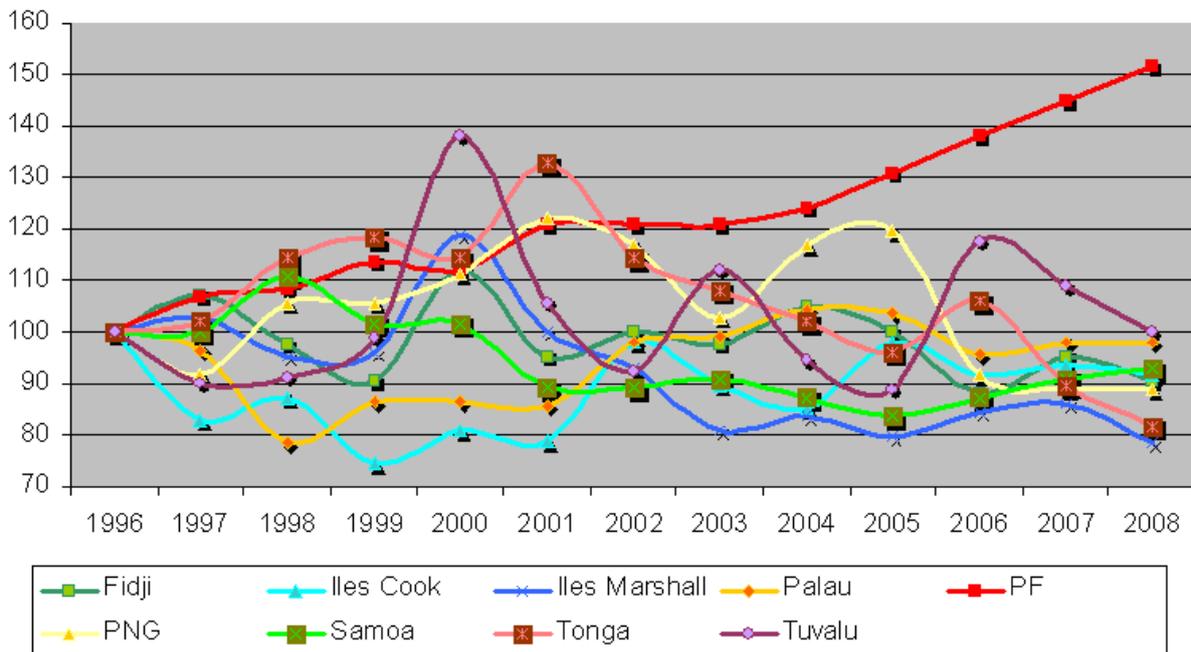
Sources : OMS pour l'ensemble des pays ; CPS et ISPF pour la Polynésie française.

Remarque :

- ✓ Les dépenses de santé sont appréhendées en points de PIB.
- ✓ Les calculs sont effectués avec une base 100 en 1996 pour l'ensemble des pays.

Le premier groupe de pays, dont les dépenses ont augmenté en valeur relative de la richesse nationale entre 1996 et 2008, fait apparaître une progression polynésienne nettement plus forte que celle des autres pays (graphique 3). On peut noter également la constance de cet accroissement polynésien, qui se retrouve chez les pays les plus développés de la région : Australie, Japon et Nouvelle-Zélande. L'accroissement des dépenses de santé est une tendance partagée par nombre de pays dans le monde, et le niveau de développement des pays vient renforcer cette caractéristique, les populations concernées étant en général en demande forte de soins de qualité. A cet égard, les pays dont la part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de santé a diminué entre 1996 et 2008 (graphique 4) affichent globalement des évolutions plus erratiques. Par rapport à ces pays, l'évolution polynésienne est plus remarquable encore.

Graphique 4 : Evolution des dépenses de santé pour les pays du Pacifique ayant connu une diminution des dépenses sur la période 1996-2008



Sources : OMS pour l'ensemble des pays ; CPS et ISPF pour la Polynésie française.

Remarques :

- ✓ Les dépenses de santé sont appréhendées en points de PIB.
- ✓ Les calculs sont effectués avec une base 100 en 1996 pour l'ensemble des pays.
- ✓ La Polynésie française, dont les dépenses augmentent, a été ajoutée pour permettre une comparaison.

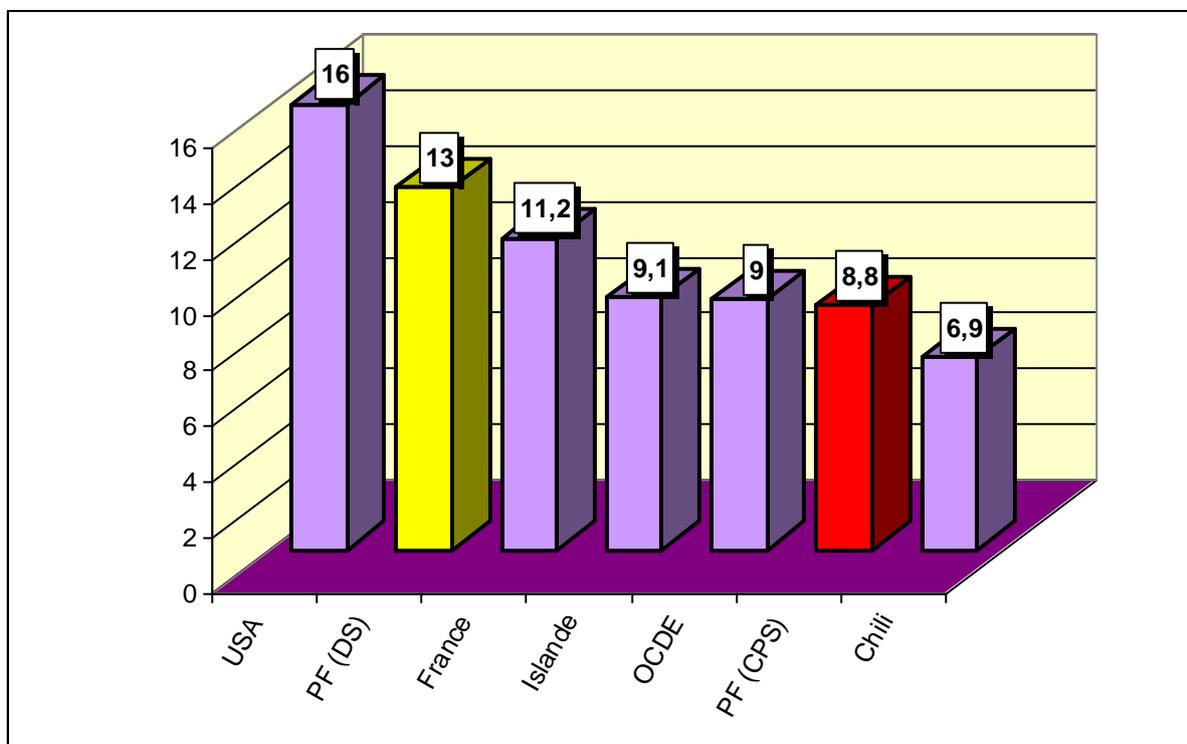
On voit donc que l'évolution des dépenses de santé polynésiennes s'est non seulement décorrélée de l'évolution de la richesse de la collectivité, mais est en outre nettement plus marquée que celle des autres pays de la région Pacifique, qu'ils soient de niveau de développement relativement faible ou au contraire plus important. La Polynésie française fait ainsi figure de cas particulier, ce qui vient renforcer les inquiétudes soulignées plus haut quant à la pérennisation de son système de santé dans les années à venir. D'autant plus que le vieillissement de la population et la hausse du taux d'obésité devrait accroître la nécessité de soins⁷.

En termes absolus, la Polynésie française consacre à l'heure actuelle une part non négligeable de sa richesse globale au financement de ces dépenses de santé. Comme nous l'avons souligné en introduction, les seuls chiffres disponibles pour mesurer les dépenses de santé ont longtemps été ceux fournis par la CPS. Mais plus récemment, pour les années 2008 et 2009, la Direction de la santé a travaillé à la production des comptes de la santé, intégrant ainsi des dépenses qui ne pouvaient pas être prises en compte dans les calculs de la CPS, cette dernière ne disposant pas des informations nécessaires à l'intégration de ces dépenses dans les comptes globaux. Ainsi, pour l'année 2008, nous disposons de deux évaluations des dépenses

⁷ On trouvera, concernant les pays de l'OCDE, des informations intéressantes sur le vieillissement et l'obésité dans : OCDE, 2006, « Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures : What Are the Main Drivers ? », *Economics Department Working Papers*, n° 477.

de santé qui positionnent la Polynésie française de manière très différente par rapport aux autres pays, comme le montre le graphique 5.

Graphique 5 : Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2008



Sources : OCDE, Eco-santé 2010, et données CPS et Direction de la santé (DS) pour la Polynésie française.

Le graphique 5 ne fait apparaître que quelques pays ou groupes de pays référents présentant un intérêt particulier, en raison de l'importance de leurs dépenses (Etats-Unis), de leur proximité démographique (Islande) ou politico-sociale (France) avec la Polynésie française, ou de leur niveau de développement (OCDE, Chili).

On voit que tant que les seules données utilisées pour appréhender les dépenses de santé en Polynésie française étaient celles de la CPS, la santé polynésienne pouvait ne pas sembler particulièrement coûteuse au regard de la richesse de la collectivité⁸. Pour l'année 2008, c'est en effet 8,8 % du PIB polynésien qui est destiné au financement de la santé, ce qui met la Polynésie française dans une situation identique à celle de l'Islande ou de l'ensemble des pays de l'OCDE, et la positionne même à un niveau inférieur à celui de la France. En revanche, les comptes de la santé viennent maintenant souligner un niveau de dépenses relatives plus important que ce qui semblait être, avec 13 % de la richesse de la collectivité consacrés à la santé. Cette fois, la Polynésie se trouve alors dans une fourchette haute. Bien qu'encore inférieure aux Etats-Unis, elle supplante de 4 point de PIB les dépenses moyennes du bloc OCDE ; elle dépasse même la France, pourtant reconnue au sein des pays développés comme un pays au système de santé particulièrement développé et généreux.

⁸ Ce qui n'enlève malgré tout rien aux difficultés rencontrées pour assurer le financement de ces dépenses de santé au regard du système fiscal en place à l'heure actuelle, qui ne permet pas d'éviter les déficits cumulés de l'assurance maladie.

2. Organisation du financement et performance du système de santé

Le développement des dépenses de santé en Polynésie française pose inévitablement des questions sur les possibilités de financement. A l'heure actuelle, le système de protection sociale cumule en effet les déficits, dans une société où la pression fiscale est déjà relativement élevée. L'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois critères interdépendants pour caractériser le financement d'un système de santé⁹, que nous allons voir brièvement : la collecte des contributions, la mise en commun des ressources et l'achat des interventions.

Les systèmes de santé peuvent recevoir des fonds de différentes manières : impôts, cotisations obligatoires, cotisations facultatives, paiements directs ou dons. Schématiquement, en matière de collecte des contributions, les pays à revenus élevés utilisent le plus fréquemment les impôts ou les cotisations obligatoires, tandis que les pays à revenus plus faibles recourent plus facilement aux paiements directs¹⁰. Cela renvoie au taux de couverture de la population. Plus la part de la population couverte par l'assurance maladie est importante, et plus l'accessibilité financière aux soins sera renforcée, le système étant davantage alimenté en ressources¹¹.

La mise en commun des ressources est une « *fonction d'assurance* »¹². Elle assure la répartition du risque entre les assurés en permettant une péréquation des contributions. Notons que lorsque plusieurs caisses existent, comme c'est le cas en Polynésie française, cela peut limiter la mise en commun des ressources, et donc restreindre l'accessibilité aux soins. Cependant, ce n'est pas nécessairement le cas si une solidarité existe entre ces différentes caisses, comme le montre l'exemple français¹³.

L'achat des interventions caractérise le versement de fonds d'une caisse à des prestataires, ce qui peut se faire de manière passive, c'est-à-dire en payant les factures à leur réception, ou de manière plus active. Cela nécessite alors une stratégie d'achat qui « *suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu d'acquiescer, comment et auprès de qui* »¹⁴. Cela permet alors de rationaliser les dépenses de santé, tout en renvoyant à la notion d'efficacité du système de santé. Selon Emilie Sauvignet¹⁵, « *dans le système français, la fonction d'achat est remplie par l'assuré : celui-ci choisit son prestataire, fait l'avance de frais (sauf tiers-payant et hospitalisation), et est ensuite remboursé par sa caisse d'assurance maladie* », ce qui constitue un système similaire à celui de la Polynésie française.

Pour caractériser le financement des dépenses de santé, il est commun de distinguer les dépenses publiques des dépenses privées. Le graphique 6 montre que les dépenses de santé des pays du Pacifique sont fortement assises sur des financements publics.

⁹ OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde*, p. 109.

¹⁰ OMS, 2000, *op. cit.*, p.110.

¹¹ Sauvignet E., 2005, « Le financement du système de santé en France : rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire », *WHO Discussion Paper*, n° 1, Department « Health System Financing », Cluster « Evidence and Information for Policy », p. 41.

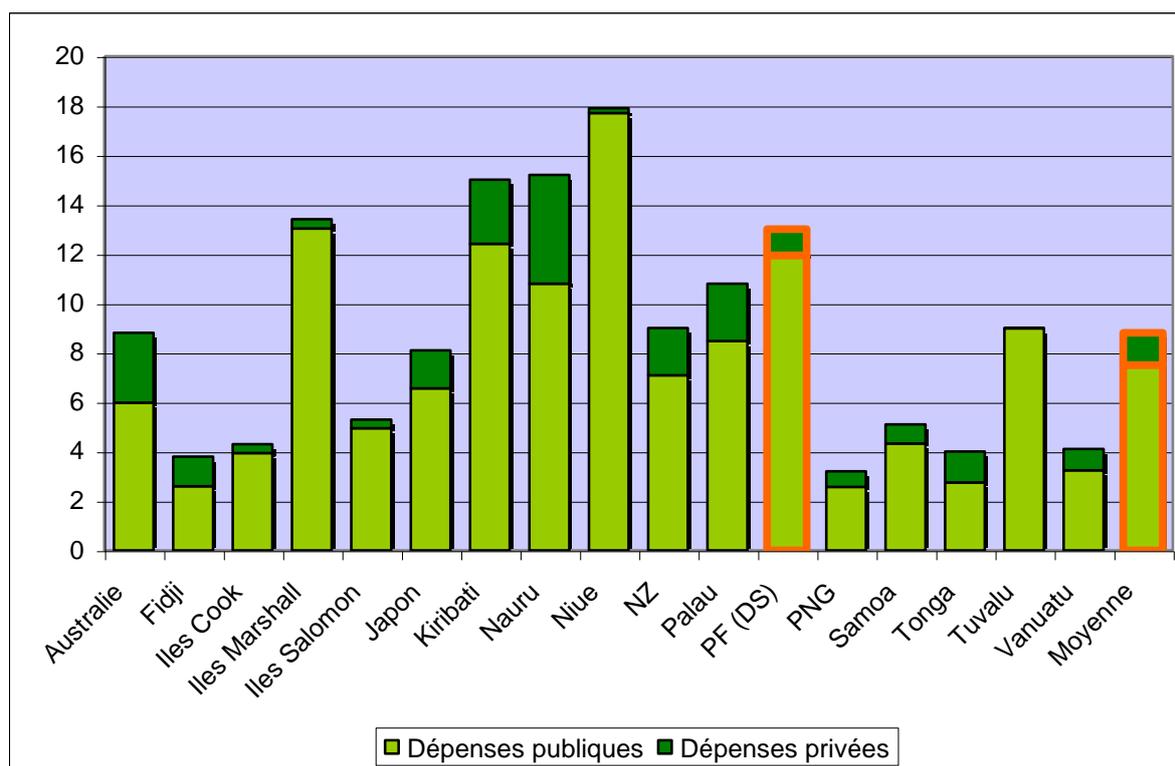
¹² OMS, 2000, *op. cit.*, p.110.

¹³ Sauvignet E., 2005, *op. cit.*, pp. 64-65.

¹⁴ OMS, 2000, *op. cit.*, p. 111.

¹⁵ Sauvignet E., 2005, *op. cit.*, p. 68.

Graphique 6 : Dépenses publiques et privées de santé en % du PIB, Pacifique, 2008



Sources : OMS et Comptes de la santé 2008 pour la Polynésie française.

Remarques :

- ✓ Les dépenses publiques de santé sont obtenues en cumulant les parts de financement dues à la CPS, le Pays, l'Etat et l'EPAP¹⁶.
- ✓ Pour cette seule année 2008, les données de Niue ont été réintroduites.

En effet, seuls trois pays ont plus de 30 % des dépenses totales de santé dont le financement est de source privée : l'Australie, Fidji et Tonga¹⁷. En moyenne, pour les pays du Pacifique, les dépenses publiques représentent donc plus de 83 % de l'ensemble des dépenses, ce qui se situe sensiblement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, pour lesquels la part des dépenses publiques est de 72,5 %¹⁸. La Polynésie française se situe dans la fourchette basse des pays du Pacifique – en utilisant les chiffres fournis par la Direction de la santé.

Le rôle du financement public en matière de santé est essentiel¹⁹, notamment pour ce qui concerne la production de biens publics, dont les non acheteurs ne peuvent être exclus de la consommation. C'est par exemple le cas de la lutte contre les maladies transmissibles. De ce fait, ce type d'interventions ne saurait être offert par un fonctionnement classique de marché, en raison de l'absence de rentabilité des opérations en question. Cependant, la dichotomie public / privée n'est pas la meilleure façon de caractériser les performances d'un système de santé, particulièrement pour les soins de santé individuels. On lui préfère plutôt la différence entre le prépaiement et les paiements directs, même si les deux distinctions peuvent parfois se recouper, du moins à grands traits. L'OMS indique ainsi que « *le financement privé,*

¹⁶ Etablissement pour la prévention. Il a cessé d'exister depuis le 31 décembre 2010.

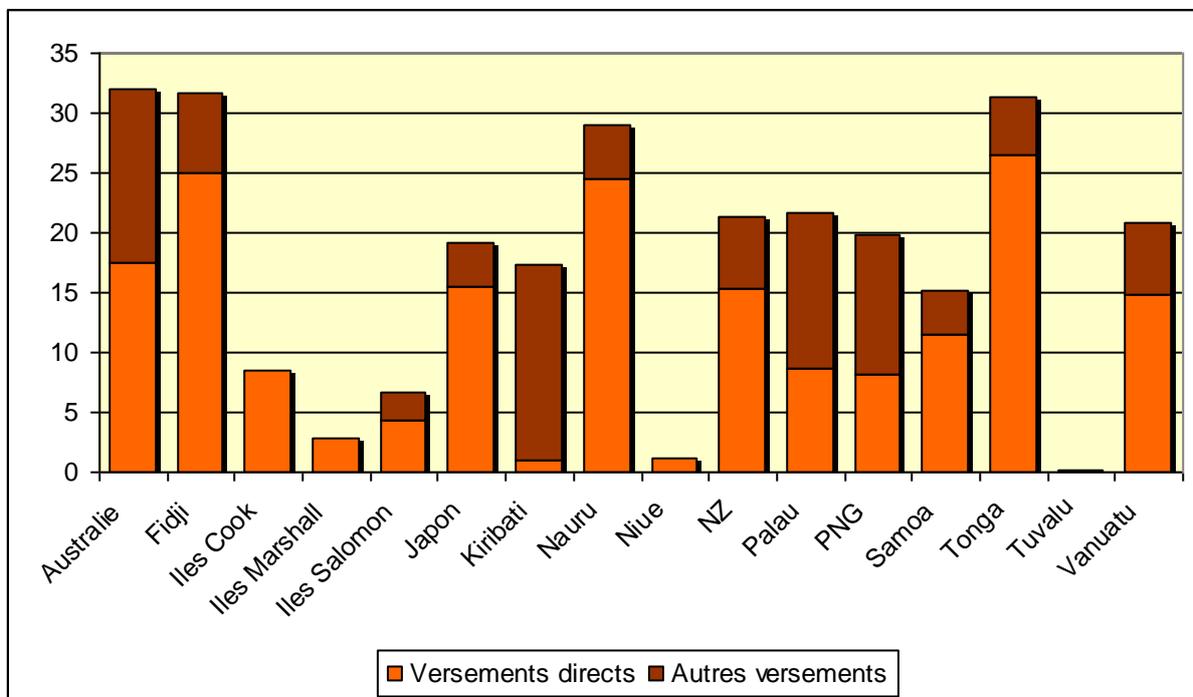
¹⁷ Et Nauru les atteint presque, avec 29 %.

¹⁸ Chiffres de 2001, tirés de : OMS, 2004, *Rapport sur la santé dans le monde*.

¹⁹ OMS, 2000, *op. cit.*, Chapitre 3, pp. 54-81.

notamment dans les pays en développement, est largement synonyme de paiements directs ou de contributions à des caisses d'assurance volontaire [...]. Au contraire, le financement public ou le financement privé obligatoire (à l'aide de l'impôt ou de cotisations à un régime de sécurité sociale) sont toujours associés au prépaiement »²⁰. Il y a donc un lien, dans une certaine mesure, entre la proportion du financement privé des dépenses de santé et l'ampleur des versements directs. Cependant, effectuer une généralisation de l'importance de ce lien ne permet pas d'appréhender pleinement les caractéristiques propres de chaque système de santé. Le graphique 7 permet de relativiser l'importance de ce lien, pour l'ensemble des pays du Pacifique, à l'aide des données disponibles auprès de l'OMS. En revanche, il n'existe à ce jour pas de statistique disponible sur la part des versements directs en Polynésie française, qui est donc absente du graphique.

Graphique 7 : Part des versements directs dans les dépenses privées de santé (en % des dépenses totales), Pacifique, 2008



Source : OMS.

Remarque : Pour cette seule année 2008, les données de Niue ont été réintroduites.

Aide de lecture : Les dépenses privées de l'Australie représentent à peu près un tiers des dépenses totales de santé et se répartissent pour moitié environ de versements directs et pour l'autre moitié de versements d'autres natures.

On peut observer sur le graphique 7 que les dépenses privées ne sont pas identiquement constituées de versements directs. Il est vrai que, d'une manière très générale, les pays du Pacifique ayant les plus forts taux de dépenses privées présentent également les taux de versements directs les plus importants au regard des dépenses totales (Australie, Fidji,

²⁰ OMS, 2000, *op. cit.*, pp. 111-112.

Nauru, Tonga). Toutefois, des différences sensibles peuvent parfois apparaître. Ainsi, l'Australie observe des versements directs sensiblement inférieurs à ceux de Fidji, alors même que leurs dépenses privées représentent environ la même proportion de leurs dépenses totales de santé. A l'inverse, les versements directs australiens et japonais sont les mêmes en proportion des dépenses totales, bien que les dépenses privées du Japon soient très inférieures à celles de l'Australie (en proportion des dépenses totales).

On voit donc que les trois caractéristiques du financement d'un système de santé (collecte des contributions, mise en commun des ressources et achat des interventions) sont intimement liées. Ainsi, la mise en commun des contributions est liée au mode de collecte par l'importance des versements directs. En effet, si tous les paiements étaient directs, il n'y aurait de fait aucune mise en commun, ce qui exclurait du système de santé les plus démunis. La réduction des paiements directs permet donc d'améliorer l'équité du système de santé. Cependant, dans un objectif d'efficacité économique, il peut être intéressant d'introduire malgré tout une part de versements directs (ticket modérateur), qui permet de réduire la demande de soins, et donc de limiter l'accroissement des dépenses de santé. Cela dit, comme le précise l'OMS, « *l'utilisation du ticket modérateur permet de rationner l'utilisation d'une intervention donnée, mais elle ne rationalise pas sa demande par les consommateurs* »²¹. La rationalisation, elle, trouve plus sa source dans une politique stratégique des actes d'achat des interventions.

La part des versements directs joue donc un rôle non négligeable, à la fois sur l'efficacité et sur l'équité du système de santé. Or l'ampleur des versements directs est également liée au mode de collecte des contributions, et plus particulièrement au taux de couverture de l'assurance maladie. De ce point de vue, nous avons vu que le taux de couverture de la PSG était très important, puisque la PSG bénéficie presque à l'intégralité de la population polynésienne (98,3 %, cf. *supra*), ce qui la rapproche du cas métropolitain dans lequel toute la population est couverte. Cela dit, si les situations métropolitaines et polynésiennes sont similaires en terme d'assurance maladie obligatoire, elles diffèrent sensiblement concernant l'assurance maladie complémentaire. En France, en 2002, 86 % de la population sont couverts par une complémentaire santé. Si l'on ajoute les bénéficiaires de la CMU-C²², ce sont 91 % des métropolitains qui sont couverts²³. A l'inverse, le très faible développement du marché des complémentaires santé en Polynésie française laisse penser que le taux de versements directs pourrait être plus élevé qu'attendu. Encore qu'il faille modérer cette remarque par le nombre de prises en charge à 100 % – les « carnets rouges » – qui représentent une part très importante des dépenses globales de santé comparativement au nombre de personnes concernées²⁴. L'importance des mutuelles n'est quoi qu'il en soit pas à sous-estimer dans le financement de certaines dépenses de santé. Ainsi, en France, elles financent près de 20 % des dépenses de médicaments, consultations et biens médicaux²⁵.

Au-delà de la question des paiements directs, l'importance du prépaiement est également, comme nous l'avons vu, à souligner. Lorsqu'il faut payer directement au moment des soins, cela est vecteur d'une exclusion plus probable des assurés les moins favorisés. Là encore, nous ne disposons pas des chiffres pour la Polynésie française. Certes, le tiers payant s'applique par exemple sur les médicaments, mais, contrairement à bien des situations en métropole, ce n'est pas le cas pour les consultations.

²¹ OMS, 2000, *op. cit.*, p. 113.

²² Couverture maladie universelle complémentaire.

²³ Sauvignet E., 2005, *op. cit.*, p. 42.

²⁴ En 2008, les dépenses consacrées aux « longues maladies » représentent près de la moitié des dépenses de santé, pour seulement 11,8 % de la population couverte. En moyenne, les dépenses de santé sont multipliées par 10 pour un patient en longue maladie. Voir : CESC, 2010, *Rapport sur la réforme de la protection sociale généralisée*, n° 145, présenté par P. Galenon, 20 août, 116 p., pages 14 et 15.

²⁵ Sauvignet E., 2005, *op. cit.*, p. 71.

Même s'il faut essayer d'améliorer les performances du système santé et même si on peut tenter de contrôler les dépenses (mais en se gardant des effets pervers induits, c'est-à-dire l'exclusion des moins favorisés, et en gardant en mémoire que nombreuses sont les tentatives qui ont échoué dans le domaine), il reste qu'une question fondamentale est celle de la volonté de la population. Si, majoritairement, la population souhaite avoir un système de santé développé, il faudra également qu'elle accepte d'en supporter le coût, qu'il s'agisse d'un coût direct ou fiscal. Evidemment, il est important, à ce titre, de pouvoir évaluer la satisfaction des assurés.

3. Déterminants et mesure de la satisfaction des assurés

« *Le degré de satisfaction des usagers est un élément d'évaluation et de suivi des réformes du système de santé* ». ²⁶ A cet égard, des études ont été menées sur certains pays européens, qui montrent que les degrés de satisfaction des assurés sont très différents d'un pays à l'autre, mais de telles études n'ont pas été menées dans le cas de la Polynésie française. Cependant, les travaux existants, ou les données existantes, permettent de mettre en exergue certains déterminants de la satisfaction des assurés, qui peuvent aider à situer à grands traits le système de santé polynésien.

Elias Mossialos ²⁷ a ainsi travaillé sur des données de satisfaction issues des consommateurs de l'Europe des 15, desquelles il ressort que les pays du sud de l'Europe sont moins satisfaits de leur système de santé. Gianfranco Domenighetti ²⁸ s'est inspiré de ce travail de E. Mossialos pour l'appliquer à la satisfaction des Suisses quant à leur système de santé. Il ressort de ces études qu'il existe un lien positif entre le niveau des dépenses de santé et la satisfaction des assurés à l'égard de leur système de santé. Plus précisément, la satisfaction des assurés augmente avec les dépenses de santé par tête, comme le confirme Stefan Hakansson ²⁹. En revanche, les dépenses de santé, exprimées en points de PIB, semblent être moins pertinentes pour rendre compte de la satisfaction des consommateurs, selon Jürgen Kohl et Claus Wendt ³⁰.

Ce lien entre satisfaction des usagers et dépenses de santé n'est pas particulièrement surprenant, au sens où plus les dépenses de santé sont importantes, plus les infrastructures de soins doivent être développées, ce qui va dans le sens de la demande croissante des populations. Néanmoins, nous avons vu que d'autres paramètres du financement des dépenses de santé pouvaient jouer un rôle important sur la structure du système de santé, comme la répartition entre les financements publics et privés, ou encore le niveau des versements directs effectués. Il n'est donc pas improbable que ces paramètres soient également en relation avec le niveau de satisfaction des consommateurs de soins. Concernant la proportion des dépenses publiques au sein des dépenses totales de santé, un résultat de J. Kohl et C. Wendt ³¹ semble

²⁶ Jakubowski E. et Busse R., 1998, *Les systèmes de santé dans l'UE – Une étude comparative*, Document de travail, Parlement européen éd., p. 39.

²⁷ Mossialos E., 1997, « Citizens Views on Health Care Systems in the 15 Member States of the European Union », *Health Economics*, Vol. 6(2), pp. 109-116.

²⁸ Domenighetti G., 1997, « Estime des Suisses pour leur système sanitaire – Comparaison avec les pays de l'UE », *Sécurité Sociale*, Vol. 5, pp. 279-281.

²⁹ Hakansson S., 2000, « Productivity Changes After Introduction of Prospective Hospital Payments in Sweden », *CASEMIX*, Vol. 2, n° 2, June, pp. 47-57.

³⁰ Kohl J. and Wendt C., 2004, « Satisfaction with Health Care Systems – A Comparison of EU Countries », in : *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World*, W. Glatzer, S. von Below and M. Stoffregen (eds.), Kluwer Academics Publishers, Netherlands, pp. 311-331.

³¹ Kohl J. and Wendt C., 2004, *op. cit.*

corroborer l'existence d'une liaison avec la satisfaction du public. Les auteurs montrent en effet que dans les pays où les dépenses publiques de santé sont plus fortes, la population soutient plus l'idée que l'Etat doit jouer un rôle étendu dans le système de santé. Cela laisse entendre que la population ferait d'autant plus confiance à l'Etat pour gérer le système de santé qu'il le fait déjà, ce qui pourrait être interprété comme une satisfaction accrue des assurés lorsque la proportion des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé est plus élevée. Cela dit, quelques pays, comme l'Autriche, la Belgique et le Luxembourg, obtiennent à l'inverse un soutien de la population en accroissant les dépenses privées, toujours selon J. Kohl et C. Wendt.

Il pourrait donc être intéressant de croiser directement le niveau de satisfaction des assurés avec la part des dépenses privées de santé, pour tenter de déterminer la corrélation existant entre ces deux variables. On se propose pour cela d'utiliser un panel de 16 pays pour lesquels nous disposons de la mesure de la satisfaction des assurés, à l'aide des travaux de E. Mossialos et G. Domenighetti. Les bases de données de l'OMS pour l'Europe fournissent les informations nécessaires en termes de dépenses totales, publiques et privées. Le tableau 1 regroupe l'ensemble des informations ainsi collectées³².

Tableau 1 : Satisfaction des assurés et caractéristiques des dépenses de santé de 16 pays d'Europe

	Satisfaits (%)	Mécontents (%)	DT (% du PIB)	Dpub (% DT)	Dpriv (% DT)	VD (% DPriv)
Allemagne	66,0	10,9	10,4	82,2	17,8	53,2
Autriche	63,3	4,7	9,5	73,5	26,5	59,1
Belgique	70,1	8,3	8,5	78,8	21,2	87,0
Danemark	90,0	5,7	8,2	82,4	17,6	92,3
Espagne	35,6	28,6	7,5	72,4	27,6	83,9
Finlande	86,4	6,0	8,0	71,9	28,1	78,1
France	65,1	14,6	10,4	79,6	20,4	35,8
Grèce	18,4	53,9	8,6	53,0	47,0	95,7
Irlande	49,9	29,1	6,5	71,3	28,7	45,4
Italie	16,3	59,4	7,4	70,6	29,4	90,2
Luxembourg	71,1	8,9	5,7	92,8	7,2	100
Pays-Bas	72,8	17,4	8,2	66,2	33,8	24,0
Portugal	19,9	59,3	8,0	65,3	34,7	67,2
Royaume-Uni	48,1	40,9	6,8	82,9	17,1	79,4
Suède	67,3	14,2	8,2	86,9	13,1	99,9
Suisse	58,4	23,4	9,9	54,5	45,5	69,2
Moyenne	56,2	24,1	8,2	74,0	26,0	72,5

Sources :

✓ Satisfaction : Mossialos (1997) et Domenighetti (1997) pour la Suisse ; données de 1996 (et 1997 pour la Suisse).

✓ Autres données : OMS, 1996.

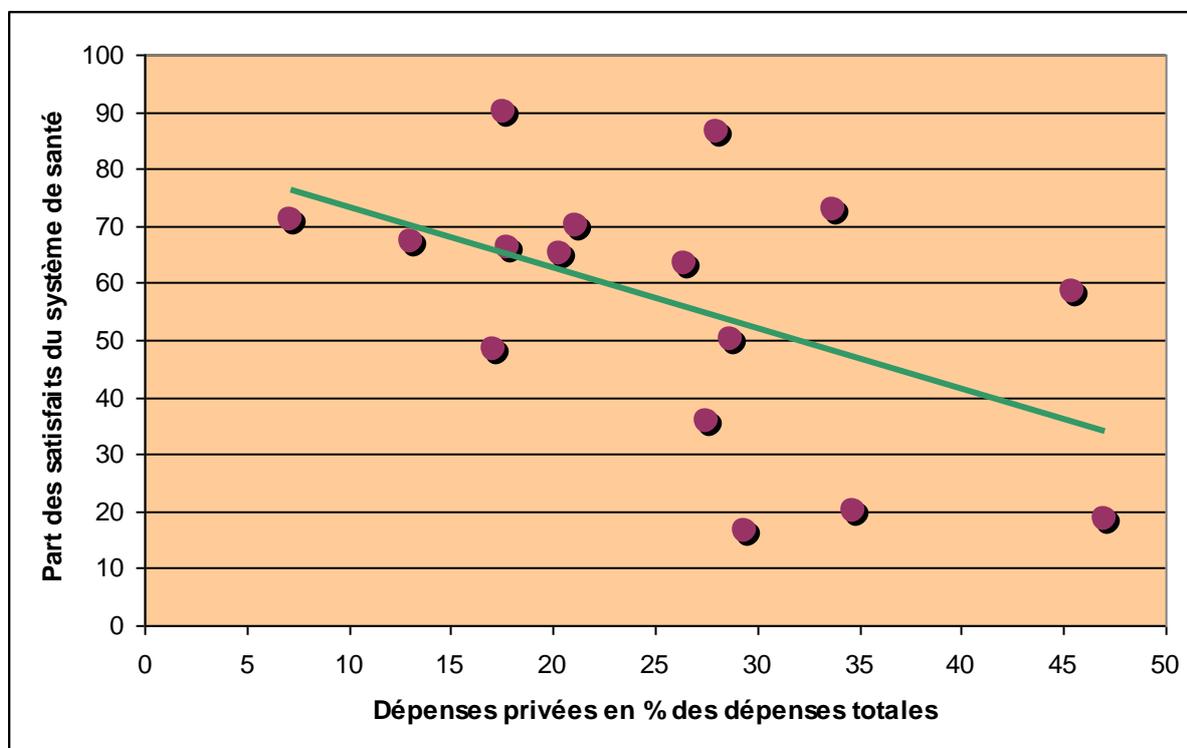
Légende : Dépenses totales de santé (DT) ; Dépenses publiques de santé (Dpub), Dépenses privées de santé (Dpriv), Versements directs (VD).

³² Il contient également la part des versements directs réalisés dans les dépenses privées de santé, que nous utiliserons plus bas.

Il est à noter que les travaux de Mossialos, comme ceux de Domenighetti, distinguent cinq catégories de satisfaction différentes : « très satisfaits », « plutôt satisfaits », « plutôt mécontents », « très mécontents » et « autres ». Nous avons ici agrégé l'ensemble des satisfaits et des mécontents (« très » et « plutôt »). L'existence de la catégorie « autres » justifie que le total des satisfaits et des mécontents du tableau 1 ne permette pas de retrouver l'intégralité de la population.

Le graphique 8 illustre la relation entre le niveau relatif des dépenses privées de santé et le degré de satisfaction des consommateurs de soins. Le coefficient de corrélation linéaire ($r = -0,50$) indique que les assurés semblent être d'autant moins satisfaits que les dépenses privées sont importantes.

Graphique 8 : Liaison entre dépenses privées et satisfaction des assurés ($r = -0,50$)



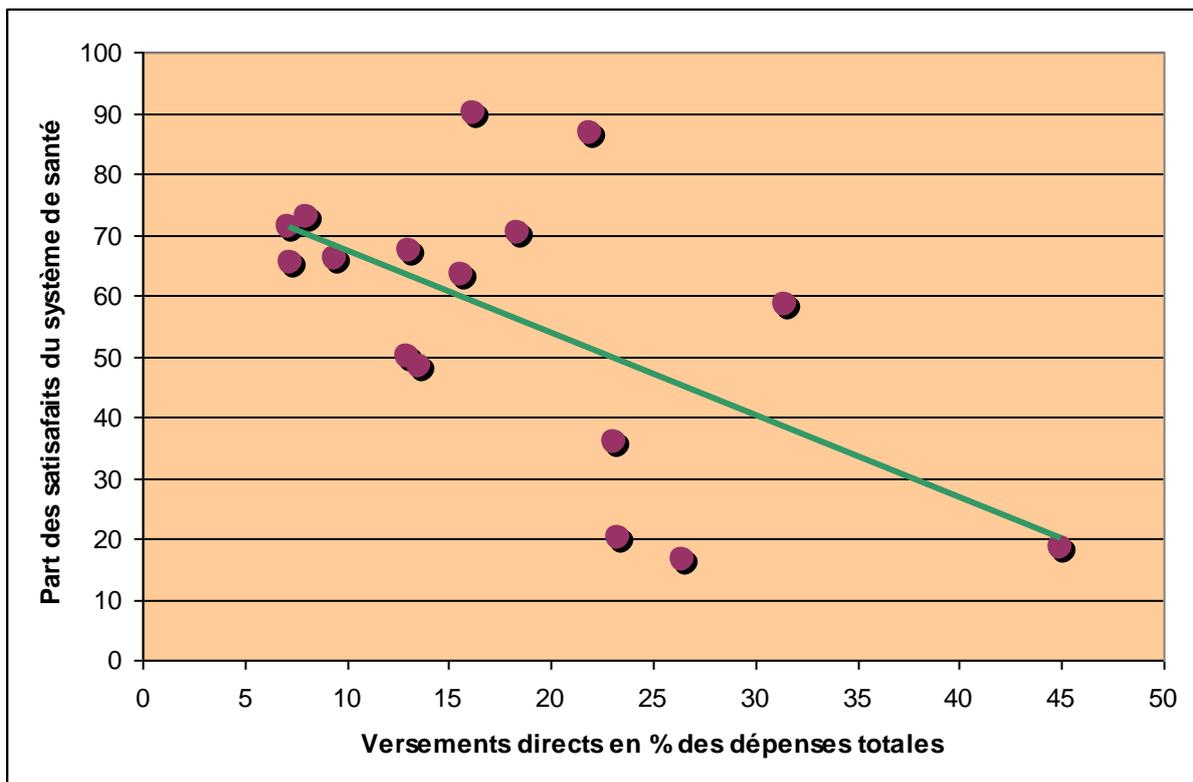
Sources : Pour la satisfaction des assurés : Mossialos (1997) et Domenighetti (1997) pour la Suisse. Pour les dépenses privées et les dépenses totales : données OMS, 1996.

Nous avons vu dans la deuxième partie que, au-delà de l'importance de la distinction entre dépenses publiques et privées, il fallait prendre en compte la notion de versements directs. Plus ces derniers sont importants, et plus les risques d'exclusion des plus défavorisés sont en effet élevés, ce qui rend le système de santé inéquitable. D'un autre côté, l'existence de versements directs peut permettre une limitation de la demande de soins, ce qui peut aller dans le sens d'une meilleure efficacité économique, vue en tout cas comme une limitation des dépenses de santé, c'est-à-dire par exemple en incitant à renoncer aux consultations de

« confort ». L'analyse des versements directs apparaît donc comme tiraillée entre efficacité et équité, et on peut se demander quel est donc l'impact de ces versements directs sur la satisfaction des usagers des services de santé. A cet égard, E. Adang et G. Borm³³ remarquent que la recherche d'une performance économique accrue des systèmes de santé ne rend pas nécessairement le public plus satisfait.

Le graphique 9 propose de mettre en exergue ce lien entre les versements directs et la satisfaction des assurés. De façon traditionnelle, les versements directs sont mesurés en proportion des dépenses privées de santé (comme dans le tableau 1). Or nous avons vu que les dépenses privées de santé sont très variables d'un pays à l'autre. Ainsi, les versements directs, mesurés de cette manière, ne permettent pas dans le cas qui nous intéresse de prendre pleinement en compte leur impact global. Nous avons en conséquence calculé la part de ces versements directs au sein de l'ensemble des dépenses de santé, qu'elles soient publiques ou privées.

Graphique 9 : Liaison entre versements directs et satisfaction des assurés (r = - 0,59)



Sources : Pour la satisfaction des assurés : Mossialos (1997) et Domenighetti (1997) pour la Suisse. Pour les versements directs et les dépenses totales : données OMS, 1996.

³³ Adang E.M.M. and Borm G.F., 2007, « Is There an Association Between Economic Performance and Public Satisfaction in Health Care », *European Journal of Health Economics*, Vol. 8, pp. 279-285.

La liaison du graphique 9 peut être mesurée par un coefficient de corrélation linéaire ($r = -0,59$) qui montre que plus les versements directs tiennent une place importante dans le financement des dépenses globales de santé, plus les assurés affichent un taux de satisfaction faible. On peut d'ailleurs remarquer que la liaison établie ici est de meilleure qualité que la précédente (graphique 8), le coefficient de corrélation étant ici plus élevé en valeur absolue que le précédent. Ainsi, les assurés semblent rechigner à la mise en place de mécanismes destinés à accroître l'efficacité du système de santé par des incitations financières à limiter la consommation, alors même que cela renforce la nécessité de recourir à des prélèvements obligatoires accrus.

Au total, cela signifierait que la satisfaction des assurés augmente lorsque les dépenses de santé par tête sont plus fortes (Mossialos, 1997 ; Hakansson, 2000 ; Kohl et Wendt, 2004), mais aussi lorsque la part des dépenses privées est faible (graphique 8) et que les versements directs sont limités au regard de l'ensemble des dépenses de santé réalisées (graphique 9). Cela nécessite donc une part active de la puissance publique dans la gestion du système de santé, ce qui impose comme nous venons de le voir que les prélèvements obligatoires soient très importants. Ainsi, le système de santé polynésien, qui affiche des niveaux de dépenses de santé très importants, essentiellement assis sur des financements publics, semble être plutôt de nature à satisfaire les consommateurs de soins. Il reste alors à accepter, pour la population polynésienne, d'en assumer le financement coûteux, la discussion sur l'ampleur des versements directs restant à poursuivre.

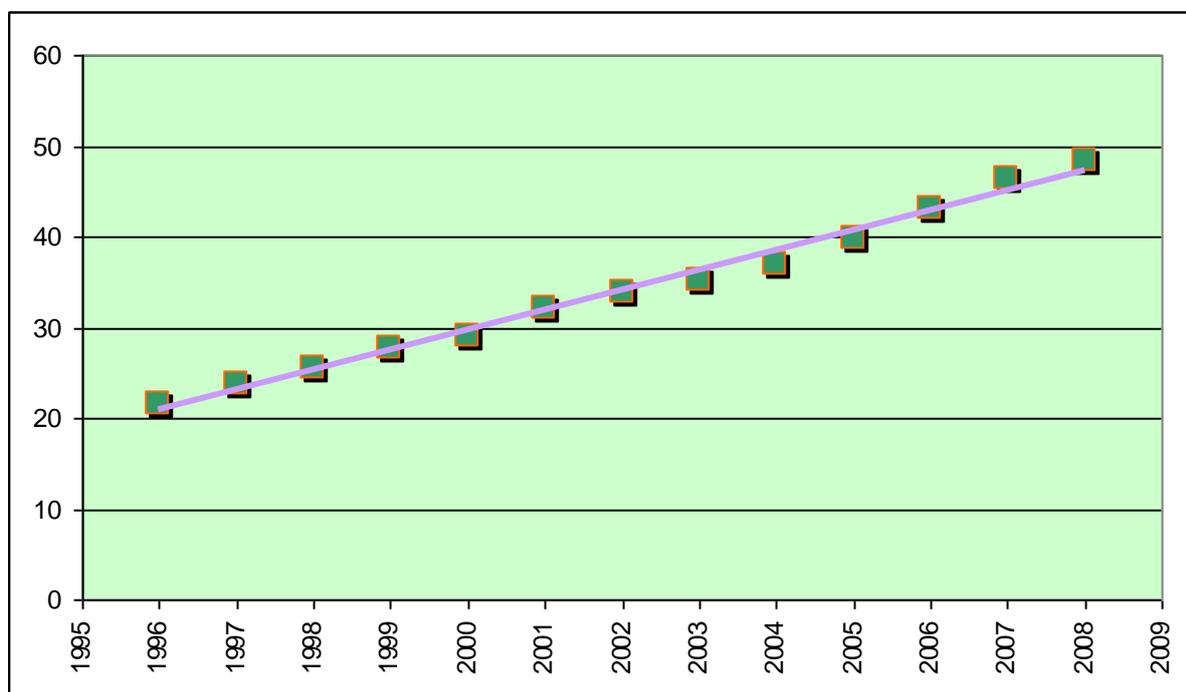
4. Tentative de prévision

Compte tenu de la forte progression des dépenses de santé en Polynésie depuis la mise en place de la PSG, il est probable que ces dernières soient encore amenées à progresser, ce qui ne rendra que plus épineuse encore la question du financement du système de santé polynésien. Les comptes de la santé, disponibles uniquement pour les années 2008 et 2009, ne permettent pas de déterminer une tendance d'évolution qui autoriserait une prévision au-delà de l'année 2009. En revanche, les données fournies par la CPS, disponibles sur une période plus longue (1996-2008)³⁴, et même si elles n'incluent pas l'ensemble de toutes les dépenses de santé, autorisent une projection au-delà de 2008. Notre interrogation est donc de savoir s'il est possible de dégager la tendance d'évolution des données de la CPS pour l'utiliser ensuite pour tenter une prévision des comptes de la santé pour, par exemple, les années 2010 et 2011.

Le graphique 10 représente les dépenses de santé répertoriées par la CPS depuis la création de la PSG, évaluées en francs courants. On peut observer une tendance linéaire particulièrement marquée dans l'évolution de ces dépenses de santé.

³⁴ Voir : CESC, 2010, *op. cit.*, 20 août, p. 10.

**Graphique 10 : Evolution des dépenses de santé en Polynésie française
(milliards de Fcfp)**



Source : Données CPS.

Cette tendance linéaire peut être estimée par un modèle de régression simple³⁵, qui fait apparaître la relation suivante, t représentant le temps et D_t les dépenses de santé – telles que mesurées par la CPS – au cours de l’année t : $D_t = 2,194t - 4357,875$. Comme on peut le voir graphiquement (graphique 10), la tendance ainsi trouvée épouse presque parfaitement l’évolution temporelle des dépenses de santé. Ce caractère très significatif de la liaison apparaît par le calcul du coefficient de corrélation linéaire, qui affiche une valeur supérieure à 0,99. En utilisant le modèle généré pour prévoir l’évolution de la série des données de la CPS de 2009 à 2011, on obtient alors les estimations recueillies dans le tableau 2 et illustrées par le graphique 11.

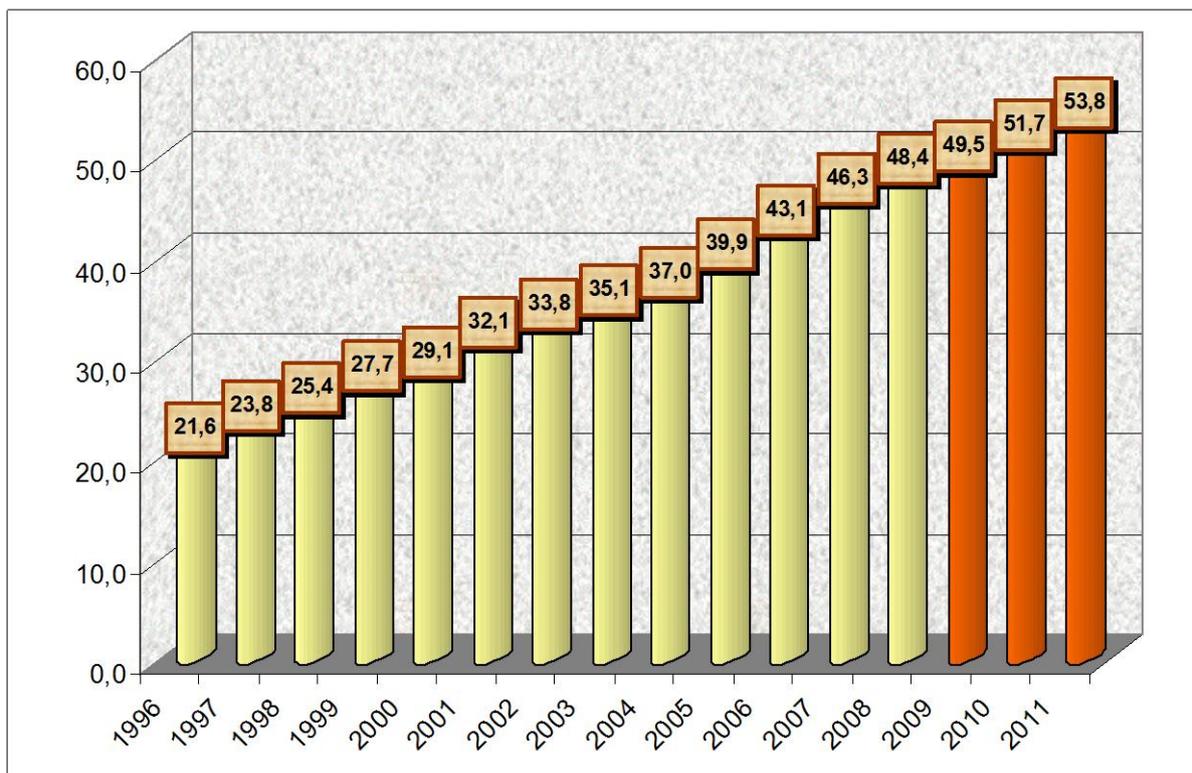
³⁵ Le nombre des données disponibles reste malgré tout très faible (13 points seulement). Les résultats obtenus dans cette partie ne sauraient donc être qu’indicatifs. De même, la méthodologie développée ici, qui essaie de reconstituer les prévisions des comptes de la santé à partir des données fournies par la CPS, ne présente pas suffisamment de garantie scientifique au regard de la théorie statistique pour être reçue par le lecteur au pied de la lettre. D’où le titre de cette quatrième partie : « *Tentative de prévision* ».

Tableau 2 : Prévisions des dépenses de santé recensées par la CPS

<i>Année N</i>	<i>Prévisions des dépenses de santé (Fcfp)</i>	<i>Variation N / N - 1</i>
2009	49,45 Mds	+ 2,17 %
2010	51,65 Mds	+ 4,45 %
2011	53,84 Mds	+ 4,24 %

Remarque : les dépenses de santé mesurées par la CPS en 2008 sont de 48,40 Mds de Fcfp, d'où une variation de + 2,17 % entre 2008 et 2009.

Graphique 11 : Prévisions des dépenses de santé en Polynésie française, période 2009-2010, en milliards de Fcfp, selon les données de la CPS



Source : Données CPS pour 1996-2008.

La prévision obtenue pour l'année 2009 correspond ainsi à un accroissement des dépenses de santé, telles que mesurées par la CPS, de 2,17 % par rapport à l'année précédente. On peut se demander si cette évolution est cohérente avec celle des comptes de la santé, produits précisément pour 2008 et 2009. Or, entre ces deux années, les dépenses totales

de santé ont cru de 2,25 % selon les comptes proposés par la Direction de la santé³⁶. La marge d'erreur entre les deux évolutions, calculées sur les données de la CPS et sur celles de la Direction de la santé, n'est donc que de 3,5 % environ. Puisque les deux évolutions semblent très cohérentes, au moins entre les années 2008 et 2009 qui sont les seules sur lesquelles on puisse effectuer une comparaison, on se propose alors d'appliquer les taux d'accroissement calculés sur les prévisions des données CPS³⁷ aux comptes de la santé. Le tableau 3 liste ces prévisions pour les années 2010 et 2011 et corrobore l'idée que les déficits de l'assurance maladie risquent de s'accroître sensiblement.

Tableau 3 : Prévisions des dépenses totales de santé (comptes de la santé)

<i>Année</i>	<i>Prévisions des dépenses de santé (Fcfp)</i>
2010	74,905 Mds
2011	78,081 Mds

Ces prévisions sont cependant à considérer sous un éclairage indicatif, comme nous l'avons déjà expliqué, compte tenu de la limitation des données disponibles et des imperfections de la méthode utilisée. Il n'est malgré tout pas possible, en l'état des informations publiques, de déterminer avec plus de précision les dépenses de santé pour les années en question.

* *

*

Depuis l'instauration de la protection sociale généralisée en 1995, la Polynésie française connaît une véritable explosion de ses dépenses de santé. Nous avons vu dans cet article que l'on pouvait s'attendre à une poursuite de cette augmentation des dépenses, ce qui pose des problèmes majeurs au système de santé polynésien³⁸. Les déficits sont déjà très importants et devraient se creuser encore dans les années à venir, menaçant l'existence même de l'assurance maladie. Le rapport Bolliet³⁹ indique ainsi que la dette de l'assurance atteindrait, fin 2010, 15,4 milliards de Fcfp. Et les projections du même rapport font état d'une dette de 49 milliards de Fcfp à l'horizon 2014, ce qui est difficilement envisageable compte tenu des finances de la collectivité.

³⁶ On passe en effet de 71, 714 milliards de Fcfp en 2008 à 73, 325 milliards de Fcfp en 2009.

³⁷ Voir tableau 2.

³⁸ Et plus généralement à son système social compte tenu des difficultés également supportées par le régime de retraite.

³⁹ Rapport *Mission d'assistance à la Polynésie française*, septembre 2010, Volume 3, Annexe 22, p. 18.

Le financement des dépenses de santé est donc largement compromis, et ce d'autant plus que les recettes du système de santé sont en partie liées à l'activité économique. La fiscalité assure en effet 12,4 % des recettes, à la fois par la contribution de solidarité du territoire (CST) et par les autres taxes affectées. Les cotisations représentent quant à elle la majeure partie des sources de financement, avec 78 % des recettes⁴⁰. Avec une activité économique au ralenti, comme c'est actuellement le cas en Polynésie française, la difficulté d'équilibrer les dépenses en explosion devient plus inquiétante encore. Selon la CPS, les pertes de la PSG au cours de l'année 2010, du fait du ralentissement économique subi par la Polynésie, étaient estimées à 1,2 milliard de Fcfp⁴¹.

Ces constats soulignent de manière aiguë la nécessité de repenser le système de santé polynésien en s'interrogeant à la fois sur la maîtrise des coûts mais aussi sur le bien-être des assurés, tout en assurant les ponctions fiscales et participatives indispensables. Le récent rapport de la Cour des comptes a d'ailleurs appelé aux nécessaires « *adaptations rapides et profondes du système de santé polynésien et de son financement* »⁴², soutenant notamment dans ses recommandations le développement des organismes complémentaires et la participation des ménages⁴³. Compte tenu de la pression fiscale polynésienne plutôt élevée, il sera en effet complexe d'accroître les prélèvements obligatoires toutes choses égales par ailleurs. Le concours des patients sera vraisemblablement à développer et, au-delà, il sera sans doute nécessaire de chercher dans d'autres secteurs que celui de la santé d'autres économies de dépenses pour les finances publiques. La réflexion menée actuellement en Polynésie française sur la délimitation du périmètre de l'action publique pourrait à cet égard s'avérer être un complément utile à la réflexion de fond à mener sur le système de santé.

⁴⁰ Chiffres de 2008.

⁴¹ *Les Nouvelles*, édition du 26 mai 2010.

⁴² Cour des comptes, 2011, « Le système de santé en Polynésie française et son financement », *Rapport public annuel*, février, pp. 221-248, page 239.

⁴³ Cour des comptes, 2011, *op. cit.*, p. 240.