



Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française

RAPPORT TOME I

Établi par

Claude DAGORN

Julien MEJANE

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

IGAS N°2018-104R

Jean-Marie PAULOT

Membre de l'Inspection
générale de l'administration



IGA N°18074-R

Laurent VACHEY

Membre de l'Inspection
générale des finances



IGF N°2018-M062-03

SYNTHESE

La Polynésie (le Pays) dispose d'une large autonomie administrative définie par l'article 74 de la Constitution. Dans ce cadre elle fixe sa propre politique sociale et de santé, son financement, ses règles et son organisation.

La Protection Sociale Généralisée (PSG), instaurée en 1995, couvre les risques maladie-accidents du travail, famille, vieillesse, et de façon plus limitée le handicap et l'action sociale. Elle est organisée en trois régimes différenciés (RGS pour les salariés, RNS pour les non-salariés et RSPF pour le régime de solidarité de la Polynésie française) qui sont gérés par une caisse unique de protection sociale (CPS). Elle couvre plus de 98% de la population de la Polynésie à fin 2018, et elle est financée à hauteur de 70 % par des cotisations, le levier fiscal étant moins mobilisé qu'en métropole.

Le PIB par habitant de la Polynésie française est la moitié de celui de la France et la consommation de soins par habitant y est inférieure d'un tiers. L'isolement de cette collectivité d'outre-mer, qui ne compte que 281 674 habitants au dernier recensement, la dispersion géographique de sa population sur 72 îles et sur un territoire grand comme l'Europe, sont générateurs de surcoûts qui ont justifié un appui financier à la protection sociale généralisée que l'Etat a limité au régime de solidarité de la Polynésie française. Cet appui, qui s'ajoute à un ensemble de concours de l'Etat de plus de 1,2 Md€, a pris la forme d'une convention signée pour trois ans le 16 avril 2015 par le Premier ministre et les ministres de la santé et de l'outre-mer avec le Président de la Polynésie. Elle comprenait des engagements de l'Etat et de la Polynésie et accordait 12 M€ par an au régime de solidarité (ce qui ne représente que 1 % du total de la protection sociale généralisée). Elle a été prolongée pour l'année 2018.

A la demande du Président de la Polynésie, une mission de l'IGAS, de l'IGF et de l'IGA a été chargée d'établir un diagnostic partagé de la situation de la protection sociale généralisée, et de procéder à l'évaluation de la convention passée en 2015 pour proposer les conditions et les principaux axes de la poursuite d'un soutien financier renouvelé de l'Etat au-delà de 2018.

La mission s'est rendue en Polynésie lors de la deuxième quinzaine de novembre dernier. Elle a présenté ses recommandations au cabinet du premier ministre le 5 février dernier et au président du gouvernement de Polynésie le 13 février.

Succédant à une longue période de crise économique débutée en 2008, conjuguée à une instabilité politique et administrative, la conjoncture est plus favorable depuis 2016. Le redressement économique a engendré des cotisations sociales et des recettes fiscales supplémentaires, et la stabilisation de la situation politique a permis au Pays de mener des réformes. La protection sociale généralisée a ainsi retrouvé une situation équilibrée en 2017 et en 2018. A ce titre sont à souligner particulièrement la réforme des conditions d'admission au RSPF conformément aux engagements pris par le Pays dans la convention, la mise en place d'instances et d'outils de régulation comme agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), et surtout la réforme des retraites intervenue en 2018 qui assure l'équilibre de la tranche A (régime de retraite de base des salariés en annuités à prestations définies) jusqu'en 2030. L'impact de cette réforme sur la tranche B (retraite complémentaire par points à cotisations définies, qui couvre 38 % des salariés) est toutefois insuffisant pour assurer sa pérennité, et l'équilibre global, sensible aux paramètres démographiques et économiques, requiert un suivi vigilant.

A la fois parce que ces équilibres demeurent fragiles et parce que la Polynésie est confrontée à d'importants enjeux sanitaires et sociaux (facteurs de risques notamment liés à l'obésité, développement de la précarité et des addictions, défaut de structures de santé mentale et pour les personnes âgées, couverture limitée du handicap), **la mission recommande à la Polynésie de conforter son régime de protection sociale.**

Dans cet esprit la mission formule les recommandations suivantes :

- Renforcer le rôle de la nouvelle agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) dans la négociation budgétaire et tarifaire avec les fournisseurs de soins
- Evaluer au sein du nouveau Conseil d'orientation et de suivi des retraites les réformes nécessaires au rétablissement de l'équilibre de la tranche B du régime de retraite du régime général des salariés.

Et dans une perspective de moyen terme :

- Engager, au besoin avec le concours de conseils extérieurs, une réflexion sur le modèle de la « PSG2 » (qui prévoit notamment la mise en place d'une branche universelle de l'assurance maladie) et sur le chemin critique de passage de l'organisation actuelle à la cible
- Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la protection sociale généralisée entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes.

La mission appelle également l'attention du Pays sur la situation du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), à la fois établissement de proximité et de recours, qui tient une place déterminante dans l'offre de soins pour les urgences comme pour les disciplines les plus spécialisées. Financé essentiellement par dotation de la caisse de protection sociale (CPS), sa situation financière s'est durablement dégradée depuis 2014 et le levier du relèvement des tarifs appliqués aux personnes non affiliées à la protection sociale généralisée (essentiellement les fonctionnaires d'Etat) n'est plus mobilisable. Son développement doit être également mieux articulé avec l'offre hospitalière ou libérale privée et avec le maillage territorial des structures publiques de santé dans les îles.

Elle formule plusieurs recommandations et notamment :

- Intégrer le centre hospitalier dans les systèmes nationaux de collecte de l'information (SAE et PMSI).
- Sans décalquer le modèle de la tarification à l'activité (T2A), inadapté au contexte polynésien, mettre en place un système d'allocations des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés reposant pour partie sur une tarification à l'activité et plus transparent
- Concernant la rémunération des gardes et astreintes, ne pas laisser perdurer un dispositif générateur de pratiques individuelles peu contrôlées (transformations des astreintes en gardes) entraînant des surenchères coûteuses et de l'iniquité.
- Créer les conditions d'un projet de regroupement des cliniques privées autour d'un projet médical partagé.
- Homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des personnels.
- Faire évoluer le mode de rémunération de professionnels de santé en introduisant une part liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

Pour ce qui est de **la convention signée entre l'Etat et le Pays**, la mission constate qu'elle ne se limitait pas à définir des orientations mais qu'elle allait jusqu'à déterminer les modalités et le calendrier des mesures, qui incombait en tout état de cause au Pays au titre de ses compétences. Son exécution, qui a débuté tardivement, a été partielle et son suivi a été l'objet d'incompréhensions entre les administrations centrales concernées et le Pays.

Elle relève en particulier que le principe de réciprocité tarifaire (pour les polynésiens hospitalisés en métropole, pour les fonctionnaires d'Etat résidant en Polynésie hospitalisés sur le territoire) posé par la convention n'a pas été appliqué. Elle a constaté que la LFSS pour 2017, qui instaurait un alignement sur les tarifs de métropole pour les polynésiens qui y sont hospitalisés, n'est pas appliquée par les établissements de santé, au premier chef l'AP-HP, ce qui génère une surfacturation à la caisse de prévoyance sociale de l'ordre de 5 M€ par an.

Elle propose de :

- S'assurer du remboursement à la caisse du trop facturé par les établissements métropolitains et mettre en place un mécanisme permettant l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017 d'ici fin 2019
- Rapprocher le traitement tarifaire des ressortissants de la sécurité sociale de celui des ressortissants de la protection sociale généralisée.
- Affilier au régime général des salariés (RGS) pour le risque maladie les fonctionnaires d'Etat et les pensionnés résidant en Polynésie, à l'instar de la situation existant en Nouvelle-Calédonie.

Pour l'avenir, la mission considère que **l'effort de solidarité nationale au bénéfice de la Polynésie** ne doit pas être relâché compte-tenu de sa situation sanitaire et sociale et des difficultés qu'elle rencontre pour surmonter certains handicaps structurels. Ses recommandations s'inscrivent dans l'esprit de la loi égalité réelle du 28 février 2017 en recherchant celles des interventions de l'Etat qui peuvent contribuer « *à compenser les handicaps structurels liés à la situation géographique* » et « *à assurer l'accès de tous aux soins* ».

L'identification de surcoûts structurels, comme le demandait la lettre de mission, demeure toutefois très délicate.

Si les évacuations sanitaires inter îles et internationales ("evasan") sont chiffrables et peuvent justifier, compte tenu de leur poids dans la dépense maladie et de la limitation interne des moyens aériens pour les assurer, un effort de la solidarité nationale, le calcul des surcoûts épidémiologiques se heurte à des difficultés méthodologiques réelles (données peu fiables, comparaisons avec celles de la métropole trop aléatoires, prise en compte de sous-coûts...). De même, l'identification de surcoûts de santé liés à la pauvreté (le PIB par habitant est inférieur de moitié à celui de la métropole, et les inégalités de revenus sont importantes) est difficilement objectivable. Aussi la mission propose d'écarter cette notion de surcoûts structurels pour dimensionner financièrement un partenariat entre l'Etat et le Pays. Il est plus pertinent de s'appuyer sur la notion de "handicaps structurels" telle que visée par la loi "égalité réelle".

La mission propose de **modifier la finalité de la prochaine convention** en passant d'une logique d'appui au régime de solidarité de la Polynésie française, aujourd'hui proche de l'équilibre qu'il appartient au Pays d'assurer comme pour les autres régimes, à un appui aux politiques sanitaires et sociales. Cet accompagnement de l'Etat doit se faire dans la concertation et respecter le principe d'autonomie. Le nouveau cadre conventionnel pourrait répondre aux critères suivants :

- Une durée de la convention de cinq ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier et mettre en œuvre des réformes structurelles, et pour produire les éléments d'évaluation ;
- Des engagements aux objectifs précis et mesurables, ne se limitant pas à des objectifs financiers mais comprenant également des objectifs de santé publique ;
- Des modalités de suivi des engagements respectueuses du principe d'autonomie de la collectivité en matière de santé, qu'il s'agisse de moyens financiers, organisationnels et de rythme de mise en place.

Quels que soient les efforts déployés par le Pays, dont la taille est celle d'un petit département métropolitain, ceux-ci reposent sur des compétences peu nombreuses pour gérer des problématiques complexes par nature. L'appui de la métropole est donc nécessaire, et pourrait être plus et mieux mobilisé.

Pour progresser dans l'organisation du système de protection sociale, il importe de :

- Mobiliser aux ministères polynésiens de la santé et des affaires sociales les moyens en expertise permettant une connaissance fine et actualisée de l'état de santé, des prévalences spécifiques, des dépenses de santé ;
- Mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique.

Les priorités pour une nouvelle convention conçue sur ces bases restent à déterminer entre le Pays et l'Etat. Au vu de ses échanges et de ses constats, la mission propose de retenir notamment les thématiques suivantes :

Au titre des contraintes géographiques :

- Aides à l'investissement (entre autres, chimiothérapies et mammographes dans les îles) permettant de réduire les évacuations sanitaires ;
- Appui technique d'abord, puis aide à l'investissement dans le domaine de la télémédecine ;
- Prise en charge d'une partie du surcoût des frais de transport des évacuations sanitaires inter-îles, et des frais indirects induits par les évacuations sanitaires internationales ;

Au titre de l'accès aux soins et de l'appui aux politiques de santé publique:

- Inclusion de l'offre sanitaire dans le dispositif national de recueil de données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ou de Santé Publique France pour situer la Polynésie par rapport à la métropole et aux DOM ;
- Appui au programme de développement des structures de soins primaires ;
- Appui des agences de l'Etat aux politiques de prévention (surpoids et obésité, lutte contre les addictions, lutte contre les infections à transmission vectorielle) ;
- Appui à des politiques curatives : cancers (technique et financier), santé mentale (technique et financier) notamment.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION.....	11
1 LA PSG RETROUVE UNE SITUATION EQUILIBREE EN 2018, GRACE A UNE CONJONCTURE ECONOMIQUE FAVORABLE ET AUX REFORMES MENEES.....	13
1.1 La PSG est proche de l'équilibre en 2017 et 2018.....	13
1.1.1 Depuis 2012, le RGS a été constamment déficitaire du fait des retraites, et le RSPF a connu une forte volatilité de ses résultats.....	14
1.1.2 Depuis 2017, la PSG est proche de l'équilibre	15
1.1.3 La Polynésie sort depuis 2016 d'une longue période d'instabilité et de crise	16
1.1.4 L'amélioration de la situation économique a un effet direct et sensible sur les équilibres de la PSG	17
1.2 Des réformes progressives ont aussi contribué à ce retour à l'équilibre et à une meilleure gestion.....	17
1.2.1 Les plafonds de cotisation ont été progressivement augmentés et des mesures de maîtrise de la dépense ont été initiées	18
1.2.2 Le fonds d'amortissement de la dette sociale permet une résorption progressive des déficits antérieurs à 2011	18
1.2.3 Les conditions d'admission au RSPF ont été revues et ont conduit à une baisse importante des effectifs en 2016	19
1.2.4 Des instances et des outils de régulation ont été mis en place	20
2 LA REFORME DES RETRAITES DE 2018 A PERMIS D'AMELIORER LES PERSPECTIVES DE MOYEN TERME, MAIS DEVRA ETRE ELARGIE AUX AUTRES COMPOSANTES DE LA PSG.....	21
2.1 La réforme des retraites de 2018 vise à rétablir l'équilibre de la tranche A du régime des salariés jusqu'en 2027.....	21
2.1.1 Une forte hausse tendancielle des dépenses.....	21
2.1.2 La projection des effets de la réforme restaure l'équilibre de la tranche A pour 10 ans, mais un suivi attentif des hypothèses sous-jacentes est nécessaire.....	22
2.1.3 L'équilibre de la tranche B reste à rétablir.....	24
2.2 La Polynésie est confrontée à d'importants enjeux sanitaires et sociaux qui doivent être mieux documentés.....	25
2.2.1 Le Pays ne dispose pas suffisamment d'études suffisamment fiables et détaillées sur sa situation sociale et sanitaire.....	25

2.2.2	Les dépenses sanitaires et sociales par habitant sont inférieures à celles en France métropolitaine.....	26
2.2.3	La situation sanitaire et sociale en Polynésie s'est améliorée tout en étant durablement marquée par la dernière crise économique	27
2.2.4	Des plans de santé ambitieux sont à consolider	28
2.3	L'offre hospitalière doit être réorganisée.....	28
2.3.1	L'offre de soins hospitalière.....	28
2.3.2	Du fait de sa place dans l'offre de santé, le CHPF porte une part importante des enjeux de la réponse aux besoins de la population et de l'équilibre financier du risque maladie.....	29
2.3.3	Les capacités doivent être ajustées à l'aune des indices de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)	31
2.3.4	La situation financière du CHPF est dégradée.....	32
2.3.5	La gestion du CHPF doit être maîtrisée et ses performances améliorées.....	36
2.3.6	Le financement des établissements sanitaires devra intégrer une part liée à l'activité	40
2.3.7	La création d'un pôle hospitalier privé reste à réaliser.....	41
2.4	L'offre ambulatoire doit évoluer afin de s'adapter aux spécificités polynésiennes	42
2.4.1	L'offre de soins de ville repose sur la double présence d'une médecine libérale et d'une médecine publique, rattachée au ministère de la Santé.....	42
2.4.2	La présence des professionnels de santé dans les archipels doit encore être renforcée	43
2.4.3	Les dépenses de santé de ville sont stables, inférieures à la moyenne nationale, mais pourraient être mieux réparties avec les outils de régulation déjà en place	44
2.5	L'affiliation des fonctionnaires d'Etat et de leurs ayant-droits à la CPS pour le risque maladie est souhaitable.....	46
2.6	La perspective d'une branche maladie universelle exigera une réorganisation globale de gouvernance de la PSG et de ses modalités de gestion.....	47
2.7	Le handicap, la perte d'autonomie des personnes âgées et les aides sociales sont insuffisamment couverts et de façon trop dispersée	48
2.7.1	Les dépenses de protection sociale en matière de handicap, de perte d'autonomie et d'exclusion sociale sont limitées.....	48
2.7.2	Le dispositif des prestations sociales est disparate et pourrait être simplifié.....	49
2.8	L'équilibre du financement, entre cotisations et fiscalité, devrait être infléchi.....	50
3	LE BILAN DE LA CONVENTION DE 2015 ENTRE L'ETAT ET LE PAYS INCITE A REDEFINIR LES CIBLES ET LES MODALITES DE GESTION D'UNE FUTURE CONVENTION.....	50
3.1	L'exécution de la convention a commencé tardivement mais des avancées significatives ont été réalisées.....	51
3.1.1	Les moyens financiers de la convention ne sont plus déterminants pour l'équilibre de la PSG, et ne constituent qu'une très faible part des soutiens de l'Etat à la Polynésie	51

3.1.2 Certains engagements ont été respectés et d'autres ont été écartés ou sont encore à concrétiser	52
3.1.3 En particulier, la réduction des tarifs appliqués aux patients polynésiens hospitalisés en métropole, et réciproquement des tarifs appliqués aux ressortissants de la sécurité sociale en Polynésie, tarde à être mise en œuvre.....	53
3.2 Le mode de pilotage de la convention a été source d'incompréhensions et de frustrations réciproques.....	54
3.3 Le chiffrage des surcoûts structurels reste aléatoire et peu opérationnel pour fonder un soutien de l'Etat au Pays.....	55
3.3.1 Les EVASAN engendrent des surcoûts.....	55
3.3.2 Le « surcoût structurel » lié à la prévalence accrue de certaines pathologies n'est pas chiffrable et la notion doit être dépassée	56
3.4 La mission préconise un changement de ciblage d'une nouvelle convention, et d'organiser un mode de pilotage simplifié et respectueux de l'autonomie du Pays	58
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	61
LETTRE DE MISSION	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	65

Annexe 1 - La situation économique de la Polynésie française

Annexe 2 - La protection sociale généralisée et sa gestion

Annexe 3 - Le régime de solidarité de la polynésie française

Annexe 4 - La convention de financement 2015-2018

Annexe 5 - Les surcoûts structurels

Annexe 6 - L'offre de soins en Polynésie française

Annexe 7 - Les aides et l'action sociale

Annexe 8 - Comptes rendus des déplacements de la mission

INTRODUCTION

Par lettre en date du 23 mai 2018, les ministres des solidarités et de la santé, des outre-mer et de l'action et des comptes publics ont chargé les trois inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'administration d'une « mission d'appui au gouvernement de la Polynésie pour la définition d'un plan d'actions en matière de solidarité et de santé ». Cette mission répondait en effet à une demande du Président du gouvernement de la Polynésie exprimée le 29 décembre 2017.

La protection sociale généralisée (PSG) couvre en Polynésie les risques maladie, AT/MP, retraite, handicap et famille organisés en trois régimes, gérés par une caisse unique (la caisse de protection sociale, la CPS), pour les salariés, les non-salariés et les personnes relevant du régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF). La PSG ressortit à la seule compétence du Pays. Cependant, l'Etat, à la demande du Pays a accordé à travers la convention du 16 avril 2015 signée pour trois ans (2015-2017) et prolongée d'une année une subvention de 12 M€ par an destinée au RSPF.

Les ministres ont demandé, d'une part d'établir "un diagnostic partagé avec le Pays" sur la situation actuelle de la PSG à travers l'évaluation des actions conduites dans le cadre de la convention précitée. Cette analyse devait inclure l'identification et l'analyse des « surcoûts » liés à la situation géographique, à la prévalence de certaines pathologies ou au sur-risque concernant la pauvreté relative. D'autre part, les conditions de la poursuite du soutien financier de l'Etat au-delà de 2018 ainsi que les principaux axes d'un "cadre renouvelé d'intervention de l'Etat" devaient être proposés.

La mission s'est rendue en Polynésie la deuxième quinzaine de novembre 2018 après avoir rencontré les principaux responsables des administrations centrales concernées et assisté au dernier comité de pilotage de la convention le 6 novembre 2018.

Au cours de son déplacement¹ la mission a tenu à se rendre dans des archipels éloignés de Tahiti qui, pour l'un (Les Marquises sur l'île de Nuku Hiva) compte un petit hôpital et, pour l'autre (Les Tuamotu sur les atolls de Fakarava et de Aratika) n'en dispose pas afin d'observer les réelles difficultés de prise en charge sanitaire ou sociale des Polynésiens. Pour la réalisation de ses travaux la mission a bénéficié de l'appui des administrations centrales et du concours des administrations du haut-commissariat et des services relevant de la Polynésie, particulièrement de ceux relevant du ministère de la santé. Elle a rencontré les responsables des établissements et les professionnels publics ou privés, de la CPS et d'associations ou d'organismes intervenant dans le champ de la protection sociale.

La mission s'est attachée à conserver à l'esprit trois considérations principales :

- L'éloignement de la Polynésie, qui ne compte que 281 674 habitants, dispersés sur 72 îles ou atolls dans un territoire grand comme l'Europe mais aux trois quarts concentrés sur les îles du Vent (Tahiti et Moorea), engendre toute une série de difficultés matérielles et de contraintes qui font que toute transposition des schémas métropolitains doit être conduite avec beaucoup de circonspection ;

¹ Programme en Annexe 9.

- Pour autant les Polynésiens sont des Français à qui les principes cardinaux de la République s'appliquent comme à tous, bien que la Polynésie bénéficie d'une très large autonomie administrative reconnue par l'article 74 de la Constitution et consacrée par la **loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française**. Dans ce cadre, la politique de santé et de solidarité, ses objectifs comme ses instruments et son financement relèvent de la seule compétence du Pays depuis les années 50, que la loi 94-99 du 5 février 1994 et le décret 94-1146 du 26 décembre 1994 ont renforcée avec la création de la PSG ;
- Cependant, pour son développement et compte tenu de son isolement au milieu du Pacifique, l'action de l'Etat y demeure importante. Depuis 1994, plusieurs conventions ont attribué un concours financier de l'Etat sur le champ du RSPF et ont justifié, à la demande de l'Etat et du Pays, des missions d'évaluation de l'IGAS² d'abord puis des inspections IGAS, IGF et IGA³. Des recommandations nécessairement marquées par le contexte économique et politique de l'époque ont été formulées. La mission en a donc tenu compte.

Le présent rapport synthétise les travaux d'analyse et les recommandations développés dans des annexes qui présentent la situation économique de la Polynésie (annexe 1), situent la PSG et ses enjeux (annexe 2), analysent la situation du RSPF (annexe 3), évaluent la convention de financement de 2015 (annexe 4), étudient les « surcoûts » structurels (annexe 5), présentent les offres hospitalière et en soins de ville (annexe 6) ainsi que les aides et l'action sociales (annexe 7). Les comptes rendus des déplacements aux Marquises et aux Tuamotu sont également joints (annexe 8).

Les recommandations formulées par la mission suggèrent de renouveler le cadre d'intervention de l'Etat dans le champ de la PSG et manifestent la solidarité de la métropole à cette collectivité d'outre-mer tout en veillant à ce qu'elles soient respectueuses du principe d'autonomie. Ses recommandations principales ont été présentées au cabinet du premier ministre et aux ministères techniques le 5 février 2019 et au Président du Pays le 13 février. Elles figurent dans le présent rapport, l'ensemble des recommandations étant par ailleurs détaillé dans chacune des annexes correspondantes.

² Rapports Igas de juillet 1998 et janvier 2004

³ Rapports IGF, Igas et Iga de septembre 2010 et juin 2014

1 LA PSG RETROUVE UNE SITUATION EQUILIBREE EN 2018, GRACE A UNE CONJONCTURE ECONOMIQUE FAVORABLE ET AUX REFORMES MENEES

La PSG, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1995, est un système multi-régimes : salariés (RGS), non-salariés (RNS) et régime de solidarité (RSPF), chacun disposant de ses propres organes de gouvernance et gérés par une caisse unique, la caisse de protection sociale (CPS, voir annexe 5).

Le taux de couverture de la population polynésienne est quasi-universel (98 %) à fin 2018 (il était de 87,9 % en 1995, a atteint 93,2 % en 2000 et 98,3 % en 2010). A fin 2018, 163 868 personnes sont affiliées au RGS, 17 440 au RNS, et 64 373 au RSPF ; 26 787, principalement fonctionnaires d'Etat et leurs ayant-droits, relèvent de la sécurité sociale de métropole.

La PSG couvre cinq familles de risques (maladie, AT/MP, famille, vieillesse, handicap) et intervient en matière d'action sociale, mais avec des champs restreints pour certains, et des différences selon les régimes. La couverture maladie-maternité est identique, mais les prestations familiales varient dans leur montant⁴. Le régime des salariés assure une couverture des risques invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse. Le régime des non-salariés ne couvre que les risques maladie, AT/MP, et famille; l'assurance retraite y est optionnelle. Le régime de solidarité gère l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse), un fonds d'action sociale et des prestations en faveur des handicapés (financement des établissements).

1.1 La PSG est proche de l'équilibre en 2017 et 2018

Dans son périmètre actuel, la part de la PSG dans le PIB de la Polynésie est passée de 11,2 % en 1995 à 20,9 % en 2017. L'ordre de grandeur est comparable aux dépenses globales des régimes de sécurité sociale en métropole (21,3 %⁵), mais, du fait d'un PIB/habitant inférieur de moitié, la dépense par habitant est moins importante dans la même proportion (cf. 2.2.2). La santé (46 %) et la vieillesse (40,3 %) représentent en 2017 l'essentiel des dépenses et la plus forte progression, la famille ne pesant que 6 % (en baisse du fait de la natalité), le handicap 4,6 % et l'action sociale 3 %.

Tableau 1 : Evolution des dépenses d'allocations de la PSG (MF CFP)

	2011	2014	2015	2016	2017	2018 (*)
Maladie	49 763	48 172	50 946	51 110	52 134	55 211
Retraite	35 561	41 712	42 594	44 170	45 696	47 524
Famille	7 114	7 287	7 083	7 067	6 843	6 835
Handicap	4 570	4 886	5 104	5 078	5 171	5 654
Action sociale	3 021	2 746	2 781	3 257	3 456	3 756
TOTAL	100 029 837,5 M€	104 803 877,5 M€	108 508 908,5 M€	110 682 926,7 M€	113 300 948,6 M€	118 980 996,2 M€
Evolution annuelle	-	+4,8 %	+ 3,5 %	+ 2,0 %	+ 2,4 %	+ 5,0 %

Source : Calcul mission d'après données CPS

(*) Données d'atterrissage budgétaire communiquées à la mission avant la clôture de l'exercice

⁴ Elles sont de 10000 F CFP (84 €) par mois et par enfant pour le RSPF, 7000 F CFP par mois et par enfant pour le RGS et en fonction du quotient familial pour le RNS par exemple. A l'inverse les allocations prénatales et de maternité sont plus élevées au RGS qu'au RSPF.

⁵ 488 Mds € / 2291 Mds €. Source : chiffres clefs DSS et INSEE

1.1.1 Depuis 2012, le RGS a été constamment déficitaire du fait des retraites, et le RSPF a connu une forte volatilité de ses résultats

Le régime général des salariés pèse pour les trois quarts de la PSG. Les dépenses en 2017 se sont élevées à 91 831 MF CFP (769,2 M€) provenant essentiellement de la branche retraite (45 % des dépenses soit 349,0 M€) et de la branche maladie / accidents du travail (40 % des dépenses soit 307,8 M€).

Le régime général des salariés a été constamment déficitaire depuis 2012. Le régime de retraite est organisé en deux tranches : la tranche A est un régime en annuités, à prestations définies, est obligatoire pour le RGS. La tranche B est un régime par points, à cotisations définies. Le déficit du régime provient quasi-exclusivement des déficits de la retraite « tranche A » :

Tableau 2 : Résultats du régime général des salariés 2012-2018 (MF CFP)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Maladie	-1 234	-593	1 079	630	508	816	-184
Retraite tranche A	-5 527	-4 902	-4 103	-3 690	-3 355	-2 881	-3019
Retraite tranche B	806	701	671	424	628	467	282
Famille	233	233	547	497	648	936	1731
AVTS	-5	1	1	4	10	15	18
ATMP	-49	769	464	137	286	314	311
Total	-5 777	-3 990	-1 341	-1 998	-1 275	- 333	-861

Source : chambre territoriale des comptes et rapports des commissaires aux comptes
*estimation CPS au 31/12, données provisoires

L'exécution budgétaire de 2017 a été plus favorable que prévue, le budget primitif ayant été voté avec une prévision de déficit de 2211 MF CFP.

Le régime des non-salariés (dont les recettes ne sont pas affectées par risque) est lui à l'équilibre depuis 2013 et serait légèrement déficitaire en 2018.

Tableau 3 : Résultats du régime des non-salariés 2012-2018 (MF CFP)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Produits	3 273	3 351	3 359	3 508	4 339	4 282	4 112
Charges	3 526	3 282	3 198	3 370	4 029	4 130	4 284
Famille	271	255	252	250	344	327	ND
Maladie	2 864	2 432	2 447	2 464	2 725	2 901	ND
FASS	42	42	38	39	51	63	ND
Autres	349	553	461	617	909	838	ND
Résultat	-252	69	161	68	310	152	-172

Source : Chambre territoriale des comptes et rapports des commissaires aux comptes, CPS pour estimation 2018, résultats par risque non disponible

Le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) est financé depuis 2013 pour ses ressources budgétaires via un compte d'affectation spéciale, le Fonds pour l'Emploi et la Lutte contre la Pauvreté (FELP). La participation de l'Etat, qui avait été suspendue en 2007, a été réinstaurée depuis 2015 dans le cadre de la convention Etat/Pays. Parmi les taxes qui abondent le FELP, le principal provient

de la contribution de solidarité territoriale, qui est assise sur l'ensemble des revenus et à un taux variable, de 0,5 % en dessous de 150 000 F CFP jusqu'à 25 % au-delà de 2,5 MF CFP pour les revenus salariaux et de retraite. L'équilibre du régime varie selon les exercices, notamment du fait des collectifs budgétaires qui expliquent les variations des produits (les charges sont stables entre 2015 et 2017).

Tableau 4 : Résultat du régime de solidarité de la Polynésie française 2014-2018 (MF CFP)

	2014	2015	2016	2017	2018 (*)
Produits	27 105	25 842	25 536	30 119	27 664
Charges	25 239	26 093	26 373	26 143	27 189
Famille	2 525	2 228	2 226	2 056	2 052
Maladie	11 536	12 806	12 762	12 468	12 671
Allocations pers. Agées	3 928	3 854	3 898	3 850	4 062
FAS	1 229	1 154	1 559	1 709	1 976
Subventions diverses	1 414	1 515	1 421	1 436	
Allocations handicapés	3 200	3 324	3 390	3 460	5 401
versement RPSMR	222	179	208	180	
Autres charges	1 184	1 034	910	985	1 027
Résultat de l'exercice	1 867	-251	-837	3 975	475

(*) La contribution de l'Etat de 12 M€/an (1 432 MF CFP) est intégrée dans le FELP. Pour les années 2015 et 2018 elle est également inscrite comme participation distincte. Selon le Pays il ne s'agit pas d'une double comptabilisation mais d'un affichage de la participation de l'Etat au FELP.

(**) pour l'année 2018, données d'atterrissage disponibles à fin novembre

Source : Reconstitution mission d'après données CPS. Pour 2018, données atterrissage au 15/11/18

1.1.2 Depuis 2017, la PSG est proche de l'équilibre

Sur la période 2010-2016, les déficits de la PSG se sont accumulés, à l'exception de l'exercice 2014 où des contributions exceptionnelles du Pays au financement du RSPF en collectifs budgétaires (3,5 MdF CFP) sont intervenues. Ce n'est qu'en 2017 que l'équilibre a été retrouvé.

Tableau 5 : Résultats de la PSG 2010-2017 (MF CFP)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Résultats	-4 959	-5 290	-5 997	-6 516	705	-2 204	-1 854	3 784

Source : CPS

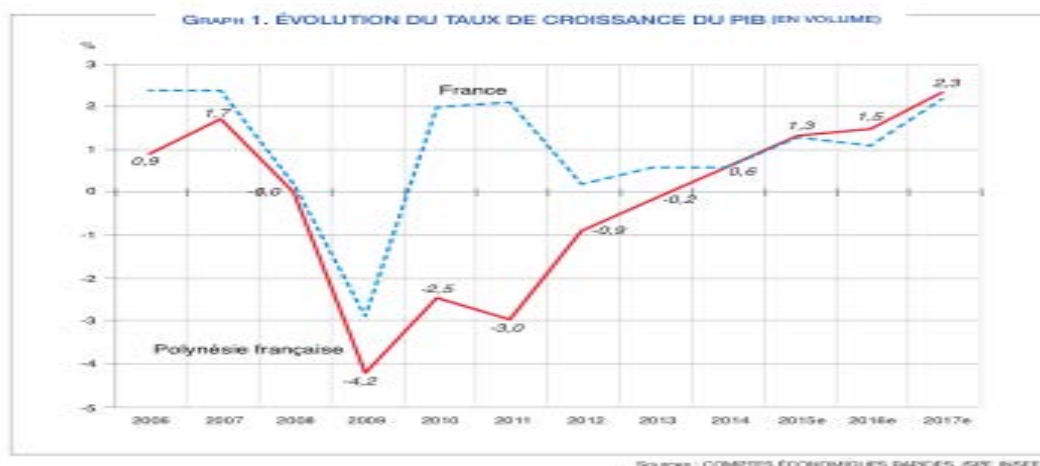
Selon les prévisions « d'atterrissage » pour 2018 communiquées à la mission, la PSG devrait être également à l'équilibre en 2018 (+434 MF CFP, 3,6 M€. Estimation au 15/11/2018) ; le RGS dégagerait un léger excédent de 131 MF CFP (1,1 M€, contribution du Pays au fonds d'amortissement de la dette sociale inclus), de même que le RSPF (475 MF CFP, 4 M€) et le RNS serait en déficit de 172 MF CFP (1,4 M€).

Cette amélioration s'explique par la conjoncture économique favorable, qui s'est traduite par une augmentation des recettes de cotisation de la PSG et du FELP.

1.1.3 La Polynésie sort depuis 2016 d'une longue période d'instabilité et de crise

Le PIB de la Polynésie a commencé à se redresser en 2014, a progressé de plus de 1 %/an en 2016 et de 2,3 % en 2017. Il devrait encore progresser de plus de 2 % en 2018. Mais cette amélioration fait suite à une longue période de régression, sous l'effet combiné de l'instabilité politique et administrative (12 gouvernements de 2004 à 2014) et des répercussions de la crise mondiale de 2008. Alors que l'économie française avait rebondi dès 2010, le PIB polynésien en volume a stagné ou reculé pendant cinq années consécutives, de 2009 à 2013, de 10 % en cumulé.

Graphique 1 : Evolution du taux de croissance du PIB de Polynésie 2006-2017



A fin 2017, le PIB du territoire s'établit à 535, 846 MdF CFP (4,493 Mds€). Le PIB par habitant de la Polynésie (1,91 MF CFP annuels en 2016, 15 900 €) est la moitié de celui de la France (31 200 €, 3,7 MF CFP).

L'amélioration de la situation des finances publiques du territoire reflète aussi cette conjoncture favorable. Les recettes de fonctionnement sont en progression en 2017 de 27,250 MdF CFP (228,5 M€) par rapport à 2014 (+ 27 %) alors que les dépenses de fonctionnement ne s'accroissent que de 10,511 MdF CFP, soit 88,1 M€ (+ 11 %). De ce fait, l'excédent courant fait plus que tripler, de 7,318 MdF CFP (61,4 M€) à 24,057 MdF CFP (201,7 M€).

L'amélioration de l'épargne nette se conjugue à une progression du niveau des dépenses d'investissement (23,747 MdF CFP en 2017-199,1 M€). Sur la période récente, le gouvernement de Polynésie a privilégié le désendettement : au 31/12/2017, l'encours de la dette s'établit à 85,638 MdF CFP (718 M€) contre 89,101MdF CFP (747 M€) à fin 2016 et 94,247 MdF CFP (790 M€) à fin 2014. L'endettement du Pays représente à fin 2017 16 % du PIB de la Polynésie.

La Polynésie bénéficie aussi d'un soutien important de la solidarité nationale : selon le document de politique transversale annexé à la loi de finances pour 2019, la Polynésie française a bénéficié, au titre de l'ensemble des programmes, de 1,264 Md€ d'AE et 1,261 Md€ de CP (150,757 MdF CFP) en 2018. C'est plus d'un quart du PIB. Par rapport à 2017, les AE progressent de 5,2 %, et les CP de 2,2 %.

Si les indicateurs macroéconomiques sont bien orientés, l'économie reste cependant structurellement fragile, de par sa taille, sa dépendance aux transferts publics, à la dépense des administrations et à la conjoncture internationale. En interne, le retour de l'instabilité politique, ou l'abandon des réformes structurelles, auraient un impact négatif sur la confiance des ménages et des

entreprises. En externe, une crise internationale rejaillirait sur le tourisme, facteur essentiel de l'emploi privé.

1.1.4 L'amélioration de la situation économique a un effet direct et sensible sur les équilibres de la PSG

La PSG est financée à presque 70 % par des cotisations, assises essentiellement sur les salaires. Entre 2016 et 2017, le produit des cotisations sur les salaires du RGS a progressé de presque 2 MdF CFP (à 82,517 MdF CFP, + 2,2 %), du fait de l'évolution de la masse salariale. La progression devrait être de même ampleur en 2018, alors que sur la période 2009-2014 une baisse de 1,1 % par an avait été constatée.

Pour le Pays, l'amélioration des rentrées fiscales a aussi dégagé des marges de manœuvre qui ont permis notamment de solder les déficits cumulés du RSPF, de maintenir la contribution annuelle (800 MF CFP) au Fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES) et de contribuer, pour 1 MdF CFP, à l'apurement du déficit du fonds de solidarité retraite⁶.

Dans les secteurs sanitaires et de la protection sociale, les apports de l'Etat sont aussi significatifs, et diminuent d'autant le besoin d'autofinancement par les polynésiens. Les principaux vecteurs ont été :

- l'apport par la convention de 2015 au régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) pour 12 M€ (1,431 MdF CFP) annuels de 2015 à 2018,
- l'annulation des dettes de la CPS envers l'AP-HP antérieures à 2015, pour un montant de 6 M€ (715 MF CFP),
- l'équipement du service d'oncologie du Centre Hospitalier de la Polynésie Française, suite à l'engagement du Président de la République le 22 février 2016, pour un montant de 6 M€ (715 MF CFP ; cf. annexe 6) sur trois ans,
- le contrat de projet Etat/Pays qui finance à hauteur de 50 % des études, travaux et dépenses de fonctionnement dans le secteur de la santé. Sur la période 2008-2014, l'Etat a ainsi apporté 10,8 M€ (1,3 MdF CFP), et 4,1 M€ (490 MF CFP) sur 2015-2018,
- le financement de personnels infirmiers mis à disposition de la direction générale de la santé et du CHPF (80 postes actuellement, dont 3 en disponibilité⁷), pour 7,286 M€ (869 MF CFP) en 2017, sous statut du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (CEAPF)⁸.

1.2 Des réformes progressives ont aussi contribué à ce retour à l'équilibre et à une meilleure gestion

Le Pays a depuis une décennie engagé des réformes progressives portant sur les conditions d'accès à la PSG et son financement. Et la convention Etat/Pays, outre les réformes spécifiques au régime de solidarité (cf. 1.2.3), inclut des engagements de réformes relatives au secteur de la santé en général (cf. 3.1), reprises du rapport des inspections générales de 2014, et notamment la mise en place d'instruments de planification et d'organisation de l'offre (schéma d'organisation sanitaire, offre de moyen séjour, regroupement des établissements de santé, objectif annuel de dépenses).

⁶ Le fond de solidarité retraite finance le minimum vieillesse.

⁷ Ces infirmiers étaient 141 à la fin des années 1990.

⁸ Comme déjà souligné par les inspections générales en 2014, le remplacement de ce financement direct d'emplois par un abondement équivalent de la dotation globale d'autonomie serait préférable. Cf. annexe 1.

1.2.1 Les plafonds de cotisation ont été progressivement augmentés et des mesures de maîtrise de la dépense ont été initiées

Pour le RGS, le plafond mensuel des cotisations assurance maladie a été porté progressivement à 3 MF CFP en 2012, puis à 5 MF CFP depuis le 1^{er} janvier 2015, ce qui couvre la quasi-totalité des salaires⁹. Les taux de cotisation ont été augmentés, de 15,06 % en 2010 à 16,29 %¹⁰.

Depuis 2011, un encadrement strict des dotations de la CPS aux établissements hospitaliers a été instauré : de 2013 à 2018, les financements accordés au CHPF (DGF + hors DGF)¹¹ sont passés de 15,363 MdF CFP à 15,597 MdF CFP (+1,5 %), ceux attribués aux cliniques privées de 3,026 MdF CFP à 3,150 MdF CFP (+ 4,1 %).

Le cadre général de prise en charge des produits et prestations de santé a été réformé par une loi du Pays du 14 janvier 2013. Deux baisses de prix des médicaments ont été effectuées en 2011 et 2013 (pour des économies équivalant à 460 MF CFP par an), puis à nouveau en 2016 (-3,85 %) et il est prévu en 2019 une nouvelle baisse de 2 %, assortie d'un calcul du coefficient de majoration à partir du prix hors taxe. Des baisses tarifaires ont aussi concerné en 2011 les chirurgiens-dentistes et sages-femmes, ainsi que les infirmiers.

Une augmentation du ticket modérateur pour les soins ambulatoires a été décidée en 2011 de 20 % à 30 %, son effet est estimé à 926 MF CFP d'économies par an ; et la baisse du taux de remboursement de 70 % à 30 % pour les médicaments à service médical rendu modéré (depuis mars 2013) devait générer une économie d'environ 138 MF CFP par an. Les propositions de la mission des inspections générales de 2014 d'instaurer un ticket modérateur et un forfait à l'hôpital n'ont pas été retenues à ce jour.

1.2.2 Le fonds d'amortissement de la dette sociale permet une résorption progressive des déficits antérieurs à 2011

Un fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES), compte d'affectation spéciale du budget du Pays, a été créé en avril 2011. Il a pour objet l'apurement du déficit cumulé de l'assurance-maladie, tel qu'arrêté au 31 décembre 2010 à 14 769 MF CFP (123,5 M€). Il a été abondé par le budget du Pays d'abord à hauteur de 700 MF CFP, puis de 800 MF CFP annuellement

A la différence de la CADES, la dette à fin 2010 n'a pas été transférée, le FADES n'est qu'un compte de transit au budget du Pays, alimenté annuellement et reversé à la CPS qui continue à porter le solde de la dette dans ses comptes.

A fin 2017, la dette restante prise en charge au titre du FADES s'établissait à 9 269 MF CFP (77,5 M€). Fin 2018, compte-tenu des 800 MF CFP qui ont été alloués au FADES au titre de l'exercice, la dette cumulée du FADES devrait s'établir à 8 469 MF CFP (70,8 M€), soit un horizon de 10,5 années pour apurer le solde de la dette. 800 MF CFP ont été inscrits à ce titre au budget 2019.

⁹ Ce déplafonnement avait été préconisé par les inspections générales dans leur rapport de 2010.

¹⁰ Hors cotisation exceptionnelle maladie de 0,75 % destinée à la résorption du déficit. Le taux était de 16,59 % en 2014, il a baissé de 0,3 % en 2015 pour diminuer le poids des charges sociales. Le rapport des inspections générales de 2014 avait proposé de l'augmenter jusqu'à 17,73 % (taux maximum atteint en 2005) afin de résorber les déficits constatés.

¹¹ Ce gel des dotations a été compensé par le CHPF par la forte hausse des tarifs pratiqués pour les non assurés à la CPS, cf. annexe 6.

Mais le FADES n'a repris que la dette constatée fin 2010, et, compte-tenu des résultats négatifs de certains des exercices suivants, le déficit cumulé à fin 2017 de l'assurance maladie du RGS s'établissait à 13 957 MF CFP (116,5 M€). Il restait donc à cette date un reliquat de dette « hors FADES » à apurer de 4 535 MF CFP (37,9 M€), auquel s'ajoutera le résultat de 2018.

Afin de solder ce reliquat, et dans la perspective de la future branche universelle maladie (cf. 2.5), une cotisation exceptionnelle de 0,75 point (sous plafond de 5 MF CFP) à la charge des employeurs à partir de 2019 a été avalisée par les partenaires sociaux, sur sollicitation du gouvernement du Pays, compensée par une baisse équivalente de la cotisation prestations familiales¹². Le projet de loi « portant création d'une cotisation exceptionnelle pour contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie du régime des salariés » a été adopté en conseil des ministres le 14 novembre 2018 et par l'assemblée de Polynésie le 13 décembre ; la loi a été publiée le 31 janvier 2019.

La recette de cotisation attendue de cette cotisation exceptionnelle est estimée à près de 1,664 MdF CFP en année pleine¹³, ce qui devrait donc permettre un apurement de cette partie de la dette à l'horizon de fin 2022, sous réserve que de nouveaux déficits n'interviennent pas dans l'intervalle.

1.2.3 Les conditions d'admission au RSPF ont été revues et ont conduit à une baisse importante des effectifs en 2016

Conformément à ses engagements conventionnels la Polynésie a révisé les modalités d'admission et de renouvellement au RSPF. Ces mesures ont conduit à une baisse significative des effectifs qui s'établissent à 62 220 bénéficiaires et ayant-droit au 31 août 2018, soit une diminution de 15 % par rapport à l'année 2015.

Tableau 6 : Nombre d'assurés aux différents régimes de protection sociale

	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (*)
TOTAL tous régimes (dont sécurité sociale)	267 521	270 021	270 829	268 140	269 652	271 498
Bénéficiaires RSPF	74 552	71 825	73 074	58 265	60 687	62 220
% des assurés	27,9 %	26,6 %	27,0 %	21,7 %	22,5 %	22,9 %

(*) à fin août pour la population d'assurés et fin septembre pour la population moyenne

Source : CPS, Pays

Dès 2015 les plafonds d'admission au RSPF ont été différenciés selon la composition du ménage¹⁴ mais cette mesure a peu contribué à la baisse des effectifs. C'est l'entrée en vigueur, en 2016, de deux mesures de transfert vers d'autres régimes qui ont le plus significativement impacté la démographie du RSPF (transfert de 12 000 assurés sur une baisse de 14 809 assurés entre 2016 et 2015), et de ce fait les autres régimes :

- la mise en place des dispositifs d'aide à l'emploi notamment des Contrats d'Accès à l'Emploi (CAE) destinés à certains bénéficiaires du RSPF, qui a transféré les affiliés correspondants, environ 4 000, vers le régime des salariés.

¹² Rendue possible par la baisse de la natalité

¹³ Source : communiqué du conseil des ministres de Polynésie

¹⁴ Loi du pays n°2015-3 modifiée¹⁴ du 25 février 2015 87 346 FCP/mois soit 730 € pour les personnes seules, ou 97 346 FCP/mois soit 813 € pour les ménages avec ou sans enfants à charge ou pour les personnes seules avec enfants à charge

- l'instauration d'une procédure d'affiliation d'office au régime des non-salariés - dont les prestations sont moins avantageuses - des ressortissants RSPF dont l'admission ou le renouvellement avait été refusé, ou qui n'avait pas effectué le renouvellement¹⁵. Cette mesure a conduit à un transfert d'environ 8 000 assurés, soit près de 10 % des allocataires RSPF, vers le RNS.

Depuis 2016 on constate une remontée régulière des effectifs du RSPF (+6,8 %). La procédure d'affiliation d'office est désormais intégrée par les bénéficiaires. En 2018 seuls 385 assurés RSPF ont été affiliés d'office au RNS faute de renouvellement.

Cette remontée des effectifs devrait se poursuivre en 2019 avec le retour au RSPF des bénéficiaires de CAE dont le contrat arrive à terme et qui n'ont pu trouver d'emploi salarié à l'issue de leur contrat (le taux d'insertion dans la poursuite d'une activité des CAE avoisinerait 25 % d'après le Pays). Par ailleurs, l'Assemblée de Polynésie a récemment voté la reprise au sein du RSPF du risque maladie des CAE, financée par le Pays¹⁶.

Enfin, le Pays a procédé à la simplification administrative du traitement des demandes et des renouvellements, antérieurement partagé entre la CPS et l'administration du Pays, avec la création au 1^{er} avril 2018 d'un guichet unique à la CPS (Loi de Pays n°2018-13 du 29 mars 2018), mesure récente dont les conséquences ne peuvent encore être évaluées.

1.2.4 Des instances et des outils de régulation ont été mis en place

Pendant la période d'instabilité gouvernementale et administrative d'avant 2015, la CPS a été largement autonome dans les décisions relatives à l'organisation et au financement de la protection sociale¹⁷. Avec la création de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), l'élaboration d'un schéma d'organisation sanitaire (SOS), et la pratique des lettres de cadrage annuelles du ministre de la Santé, le gouvernement du Pays et son administration ont repris la main sur les évolutions de la protection sociale sur son volet sanitaire.

Le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 a été approuvé le 16 février 2016 par délibération n° 2016-12 de l'Assemblée de la Polynésie française.

La mise en œuvre du SOS, qui prévoit 24 actions, conditionnait la bonne réalisation de nombreuses actions de la convention. Elle s'est cependant essentiellement traduite par l'installation de l'Autorité de régulation de l'action sociale et sanitaire (ARASS), créée par l'arrêté n° 1822/CM du 12 octobre 2017 et qui est depuis progressivement montée en charge.

L'ARASS est un service administratif relevant de l'autorité du ministère de la santé de Polynésie. Elle ne possède pas de personnalité juridique. Les effectifs sont de 22 personnes, transférés de divers services administratifs du ministère et d'établissements publics.

L'ARASS a des responsabilités particulièrement étendues. Ses missions concernent la centralisation et l'analyse des données, la proposition de stratégies publiques et l'adaptation de la réglementation, le contrôle des autorisations et la préparation du cadrage budgétaire des dépenses de santé. La

¹⁵ Loi de Pays n°2016-37 du 01/12/2016 et de l'arrêté n° 2038 CM du 09/12/2016 modificative.

¹⁶ Pour les CAE et leurs ayant-droits, la charge maladie est estimée à 615 M F CFP (5,1 M€), pour des cotisations de 207 M F CFP (1,7 M€), soit un déficit de 408 M F CFP (3,4 M€). Les CAE représentent 3149 ouvrant droits, et 4496 ayant droits au 1^{er} semestre de 2018.

¹⁷ En théorie, le gouvernement a des pouvoirs étendus d'orientation et contrôle.

mission n'a pu établir de bilan complet des réalisations de l'Agence, celle-ci étant opérationnelle depuis peu, mais uniquement sur certains points.

En 2017 l'Agence a repris le travail de révision de la carte sanitaire prévu au SOS et a procédé à la délivrance des autorisations correspondantes (par exemple sur les lits de soins de suite et de réadaptation - SSR). Le bilan des arrêtés figure à l'Annexe 6.

L'ARASS prépare les lettres annuelles de cadrage du ministre de la Santé et vérifie ex post que les budgets et dotations aux établissements de santé des régimes respectent bien les orientations et les plafonds de dépense – c'est toutefois le gouvernement qui a le pouvoir de trancher le désaccord sur les délibérations des conseils d'administration des régimes.

Le contrôle budgétaire de l'ARASS porte sur les régimes de la PSG, mais l'Agence n'intervient pas dans la définition des dotations allouées aux établissements ou dans la négociation des tarifs des professionnels de santé, qui relèvent de la CPS. Des évolutions sont souhaitables à moyen terme : l'ARASS devrait avoir un rôle accru dans l'affectation des ressources (fixation des dotations) aux opérateurs de santé et participer aux négociations tarifaires avec les professionnels libéraux, ce qui serait cohérent avec les décisions d'autorisation et de planification dont elle a la charge.

Recommandation n°1: Renforcer le rôle de l'ARASS dans la négociation budgétaire et tarifaire avec les fournisseurs de soins

2 LA REFORME DES RETRAITES DE 2018 A PERMIS D'AMELIORER LES PERSPECTIVES DE MOYEN TERME, MAIS DEVRA ETRE ELARGIE AUX AUTRES COMPOSANTES DE LA PSG

2.1 La réforme des retraites de 2018 vise à rétablir l'équilibre de la tranche A du régime des salariés jusqu'en 2027

2.1.1 Une forte hausse tendancielle des dépenses

Le régime de retraite est organisé en deux tranches : la tranche A est un régime en annuités, à prestations définies, dépendant de trois paramètres : l'ancienneté acquise lors de la liquidation des droits, le salaire moyen de référence, le taux par année cotisée. Il est obligatoire pour le RGS (sous plafond de 258 000 F CFP, soit 2 170€), et facultatif pour le RNS¹⁸. La tranche B est un régime par points, à cotisations définies, obligatoire à partir du seuil de 258 000 F CFP. 38 % des salariés cotisent aux deux tranches.

La pension moyenne avoisine les 113 000 F CFP par mois (947 €) ; en métropole elle est en 2016 de 1685 € pour les hommes, et de 1322 € pour les femmes (droits dérivés et majoration incluses).

¹⁸ L'absence de cotisation retraite au RNS crée un biais, en ce que les affiliés à ce régime, s'ils ne cotisent pas de façon obligatoire, peuvent néanmoins bénéficier ensuite de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Un dispositif de minima vieillesse complète le système de retraites :

- L'allocation complémentaire de retraite (ACR) pour le régime des salariés, financée via le Fonds social de retraite, et imputée sur la tranche A. Elle est alimentée à la fois par des cotisations, pour les salariés ayant cotisé plus de 15 ans, et par une subvention du Pays pour les bénéficiaires ayant cotisé moins de 15 ans (1,444 MdF CFP en 2017, soit 12,1 M€).
- L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) constitue le minimum vieillesse du régime de solidarité, et est destinée aux personnes n'ayant pas cotisé au régime des salariés.

Si la population de Polynésie française reste plutôt jeune (31 % a moins de 20 ans et 8 % à 65 ans ou plus (respectivement 24 % et 19 % en France), la structure de la pyramide des âges traduit le vieillissement de la population et annonce l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « *baby-boom* ». Le ratio de couverture (nombre d'actifs/nombre de retraités) qui était de 5,6 en 1995 s'est réduit à 1,95 en 2017. Sans réforme, la CPS estimait qu'il serait inférieur à 1 dès 2030.

Depuis l'instauration de la PSG en 1995, le nombre total de pensionnés a cru en moyenne de 6,9 % par an. La part des ressources consacrée aux retraites, à 45,704 MdF CFP (383 M€) représente en 2017 37,5 % du total de la PSG. Il a été multiplié par cinq depuis 1995, et par deux depuis 2005.

Avant la réforme de septembre 2018, et face à ces problèmes de soutenabilité, de premiers ajustements ont été réalisés au cours de la décennie en cours : relèvement du taux de cotisation (de 14,46 % en 2010 à 20,85 % en 2018), recul de l'âge de départ anticipé, modification du mode de calcul du salaire de référence (de la moyenne des 5 meilleures années parmi les 10 dernières à celle des 10 meilleures années parmi les 15 dernières). Pour autant, ils étaient encore largement insuffisants pour garantir la viabilité du système à un horizon suffisamment lointain.

2.1.2 La projection des effets de la réforme restaure l'équilibre de la tranche A pour 10 ans, mais un suivi attentif des hypothèses sous-jacentes est nécessaire

La réforme des retraites, présentée initialement par le gouvernement d'Edouard Fritch au début de 2018, a été reportée après les élections territoriales, lesquelles ont confirmé la majorité de son **mouvement Tapura Huiraa-tira. Trois recours auprès du Conseil d'Etat ont été formulés à l'encontre** de la loi du Pays du 21 septembre 2018 réformant le régime des retraites, mais celui-ci, dans sa décision du 30 janvier 2019, a validé la loi à l'exception de deux articles mineurs.

Outre des réformes paramétriques et la création d'un « fonds de sauvegarde vieillesse » qui a pour objet de garantir l'équilibre financier du régime et d'assurer à ses bénéficiaires la pérennité du service des prestations prévues, la loi du 21 septembre 2018 prévoit la création d'un conseil d'orientation et de suivi des retraites « *dont la vocation est de suivre l'évolution des régimes de retraites, de formuler des propositions pour assurer leur solidité financière et leur fonctionnement solidaire ou de rendre des avis sur toute modification du cadre réglementaire applicable aux régimes de retraites concernés* ».

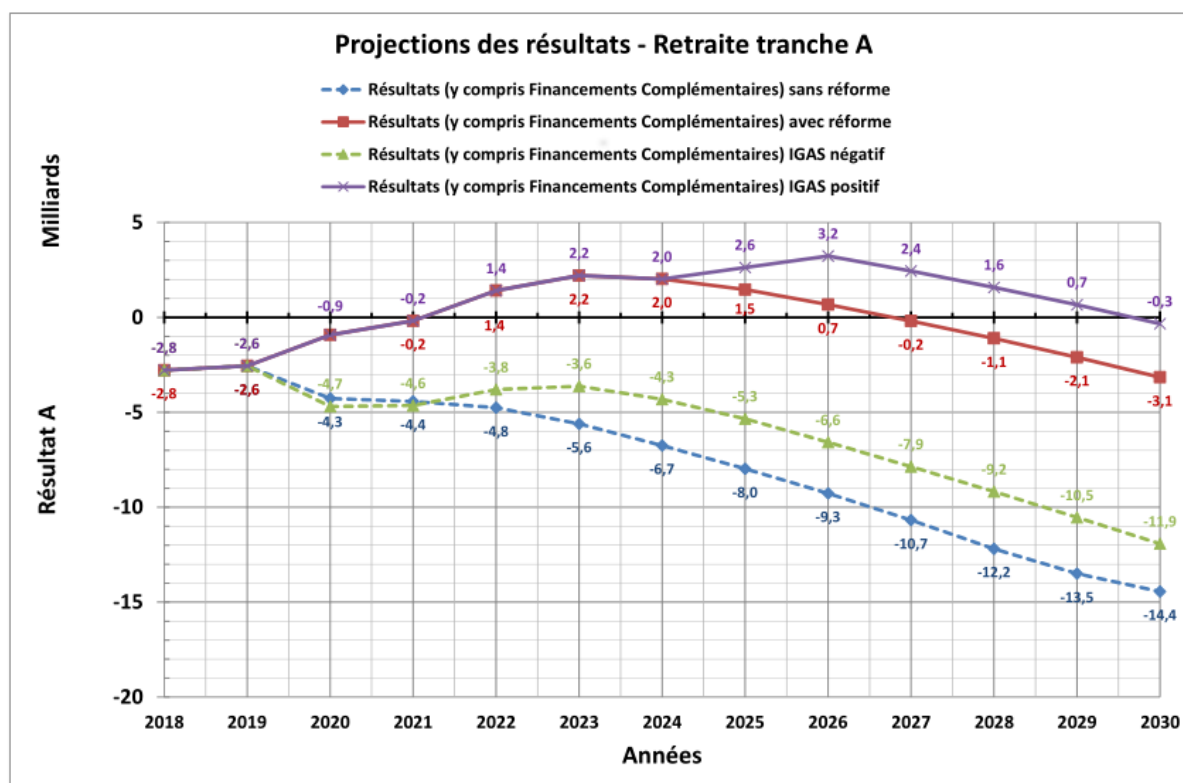
Les principales évolutions ont porté sur l'âge de départ en retraite (porté progressivement à 62 ans d'ici à 2023), l'âge de départ à la retraite anticipé (de 55 ans à 57 ans), le minimum d'années de cotisations requis (30 années au lieu de 20), et le calcul des années de référence (désormais porté à la moyenne des 15 meilleures années sur les 20 dernières).

L'impact d'une réforme des retraites sur le moyen et long terme est fonction d'une multitude de paramètres : économiques (inflation, évolution des salaires, du plafond et du taux de cotisation, modalités de revalorisation des pensions, ...), démographiques (mortalité, nuptialité, différence d'âge du conjoint, nombre de nouveaux entrants, caractéristiques des nouveaux entrants selon l'âge et le niveau de rémunération, évolution annuelle de leurs salaires...) et comportementales (âge de départ à la retraite, turnover des salariés, ...).

Dans le scénario central retenu par les autorités polynésiennes, l'effet de la réforme sur les retraites de la tranche A permettrait de reporter à 2027 la réapparition d'un déficit.

La mission n'a pas expertisé à nouveau les hypothèses sous-jacentes retenues par la CPS, mais à titre d'illustration de la sensibilité du modèle, lui a demandé de modifier deux des paramètres, d'une part le rythme d'évolution de la population active (retenu à +2 % par an jusqu'en 2021 dans le modèle, puis +1,5 % par an jusqu'en 2030, et +1 % au-delà) et d'autre part l'âge légal de départ en retraite (62 ans dans le modèle). Le graphique qui suit illustre les effets anticipés de la réforme votée, et l'impact d'une modification de ces deux paramètres, négatif pour le premier (arrêt de l'augmentation de la population active en 2020) et positif pour le second (âge légal de départ porté progressivement à 63 ans). La projection qui sous-tend la réforme apparaît particulièrement sensible à l'évolution du marché du travail et donc de l'assiette des cotisations.

Graphique 2 : Projections à 2030 des effets de la réforme des retraites tranche A et sensibilité du modèle aux deux hypothèses proposées par la mission



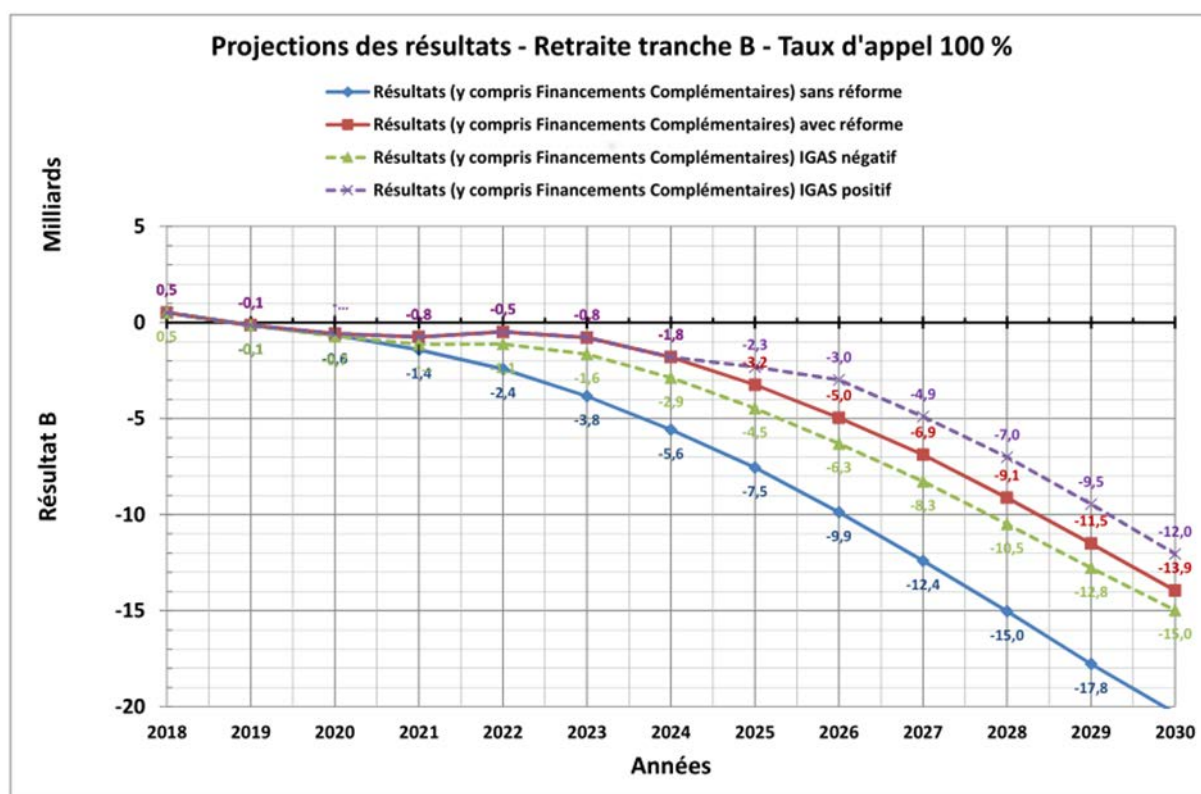
Source : CPS

2.1.3 L'équilibre de la tranche B reste à rétablir

La retraite « tranche A » du fait de son poids déterminant, a été le principal objet de la réforme. Mais celle-ci a aussi concerné la retraite « tranche B », à laquelle cotisent 38 % des assurés du RGS, et dont le montant des pensions servies (en estimation 2018) représente 20 % de celles de la tranche A. Les paramètres de réforme de cette tranche sont globalement identiques à ceux de la tranche A.

Selon les simulations effectuées par la CPS, la retraite « tranche B », aujourd'hui équilibrée mais dont le déficit sans réforme se serait rapidement accru (3,8 MdF CFP en 2023, soit 31,8 M€), serait ainsi maintenue proche de l'équilibre jusqu'en 2023 (-800 MF CFP, soit 6,7 M€), mais le solde se dégraderait ensuite significativement, pour atteindre -13,9 MdF CFP (- 116 M€) en 2030. Les mêmes hypothèses alternatives (évolution de l'emploi, âge de départ) ont été simulées par la CPS à la demande de la mission.

Graphique 3 : Projections à 2030 des effets de la réforme des retraites tranche B et sensibilité du modèle aux deux hypothèses proposées par la mission



Source : CPS

La situation de la tranche B reste donc préoccupante à un horizon proche, malgré la réforme de septembre 2018. Le fait qu'il ait été décidé à la création du régime d'accorder des points sans contrepartie de cotisations pour la période 1987-1996 pèse et continuera à peser sur l'équilibre du régime à long terme. Les polynésiens déjà retraités sont les principaux bénéficiaires de cette décision ; au 31/12/2018, les points gratuits représentaient 42,7 % des pensions liquidées de la tranche B, soit un engagement annuel de l'ordre de 3,2 MdF CFP (26,8 M€). Les points gratuits acquis non encore liquidés représentaient en sus 5,8 % du nombre total de points non liquidés, soit un engagement futur de l'ordre de 674 MF CFP (5,6 M€).

Les mesures envisageables pour prolonger l'équilibre de la tranche B (taux d'appel des cotisations porté à 125 %, décorrélation du plancher de la tranche B du plafond de la tranche A, augmentation de la valeur d'acquisition du point, diminution de la valeur de liquidation, abondement du fonds de sauvegarde des retraites par une participation d'équilibre du Pays...), n'ont pas encore fait l'objet de simulations et de négociations.

Créé par la Loi 2019-6 du 1^{er} février 2019 (Titre IX, article LP 103) le Conseil d'orientation de suivi des retraites (COSR) est défini comme une instance permanente d'études et de concertation entre les principaux acteurs du champ des retraites.

Recommandation n°2 : Evaluer au sein du nouveau Conseil d'orientation et de suivi des retraites les réformes nécessaires au rétablissement de l'équilibre de la tranche B du régime de retraite du RGS

2.2 La Polynésie est confrontée à d'importants enjeux sanitaires et sociaux qui doivent être mieux documentés

2.2.1 Le Pays ne dispose pas suffisamment d'études suffisamment fiables et détaillées sur sa situation sociale et sanitaire

La production de données sociales et de santé en Polynésie reste un exercice difficile en raison d'un système d'information disparate et d'une absence de ressources stables dédiées à la production statistique. La dernière production des « Comptes de la santé » date de 2016 et porte sur la période 2010-2015 pendant laquelle aucune étude n'avait été produite.

Le Pays est tributaire des productions de données de santé de la CPS, qui dispose des outils et des compétences nécessaires, mais qui n'offre qu'une vue partielle des dépenses de santé en Polynésie, quand elle rend ses données pleinement accessibles.

L'accès à des données fiables, récentes, et exhaustives est une condition nécessaire à une bonne conduite des politiques publiques de santé, et un enjeu essentiel des réformes attendues de la branche maladie de la PSG.

Les autorités polynésiennes tentent de développer leurs compétences en la matière. La création récente de l'ARASS œuvre en ce sens, mais l'agence est toujours en phase de montée en charge, et ne dispose pas encore des ressources et des données pour assurer la production d'études nécessaires à sa mission d'orientation stratégique.

La mission a également constaté que très peu de données étaient disponibles au travers les outils et bases présents en métropole, et il est nécessaire de réintégrer la Polynésie française dans le périmètre d'observation des organismes publics dédiés à la santé et aux affaires sociales (DREES, Assurance maladie, ATIH ...).

Enfin, la fonction épidémiologique, complément indispensable aux données financières, est en cours de structuration, un médecin épidémiologiste a été recruté à la direction de la santé à cette fin. Une enquête « STEPS » (surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles) avait été réalisée en 2010 avec le concours de l'OMS Pacifique, elle devrait être actualisée en 2019. Un tableau de bord, qui regrouperait et normaliserait des données aujourd'hui dispersées¹⁹, est envisagé pour

¹⁹ Il n'existe pas, par exemple, de dossier patient informatisé commun aux hôpitaux de la direction de la santé et au CHPF

2020, avec le concours de la FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé) et de l'ISPF (Institut de la statistique de la Polynésie française).

Recommandation n°3 : Mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique et les systèmes d'information au profit de la Polynésie pour développer les études et analyses sanitaires, sociales et épidémiologiques

2.2.2 Les dépenses sanitaires et sociales par habitant sont inférieures à celles en France métropolitaine

Selon la dernière publication des comptes de la santé²⁰, la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève en 2015 à 66,4 MdF CFP (555,0 M€). L'agrégat de la dépense courante de santé en 2015 s'établit à 79,4 MdF CFP (664,0 M€).

Ramenées à la population, les dépenses de santé par habitant sont inférieures de près d'un tiers en Polynésie à celles en France métropolitaine, alors même que les niveaux de prix sont supérieurs : la consultation chez le médecin généraliste est de 25 € en France et de 30,15 € en Polynésie.

Tableau 7 : Dépenses de santé par habitant (2015)

	France métropol.	Polynésie française	Nouvelle Calédonie
CSBM / hab.	2 977 € 356 000 F CFP	2 011 € 244 000 F CFP	2 806 € 334 817 F CFP
DCS / hab.	3 900 € 462 000 F CFP	2 434 € 291 000 F CFP	3 132 € 374 000 F CFP

Source : Pays, INSEE

Ramenée à la situation économique du Pays, les dépenses de santé demeurent toutefois importantes. La consommation totale de soins et de biens médicaux représente 12 % du PIB, contre 8,7 % en métropole et 9 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. La dépense courante de santé s'élève à 14,4 % du PIB, contre 12 % en métropole et 10,8 % en Nouvelle Calédonie. Ces niveaux reflètent essentiellement le fort écart du PIB/habitant entre la Polynésie (15 700 €) et la France métropolitaine (31 200 €).

Sur le plan social, le montant des dépenses de prestations de la PSG s'est élevé à 21,0 MdF CFP (175,7 M€) en 2017. Les prestations légales (allocations familiales, minimum vieillesse et allocations handicapés) représentent l'essentiel de la dépense avec 16,0 MdF CFP (134,0 M€). Le niveau est modeste en comparaison de la métropole et des DOM, où ces dépenses se montent à 113 Md€ (73 Md€ d'allocations familiales, 37 Md€ d'aides sociales, et 3 Md€ de minimum vieillesse). Rapportées aux PIB, les dépenses sociales représentent 3,6 % en Polynésie contre 4,9 % en France. La dépense par habitant est de 1 700 € en France (y compris outremer) contre environ 630 € en Polynésie.

²⁰ Les dépenses de la santé de la Polynésie française sur la période 2010 à 2015 – Ministère des solidarités et de la santé.

2.2.3 La situation sanitaire et sociale en Polynésie s'est améliorée tout en étant durablement marquée par la dernière crise économique

2.2.3.1 Sur le plan sanitaire les pathologies liées aux comportements à risques sont très développées

Depuis 30 ans l'espérance de vie a augmenté de 11 mois pour atteindre 77 ans en 2017. Elle est de 79 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes (données INSEE), niveau équivalent à celui de la Nouvelle Calédonie mais inférieur d'environ 5 ans à la France métropolitaine (85 pour les femmes et 79 ans pour les hommes).

Faute de données épidémiologiques détaillées, le régime de « longue maladie LM », analogue au dispositif d'Affection Longue Durée (ALD) en métropole, permet d'évaluer en première approche la répartition des principales pathologies déclarées et admises.

Tableau 8 : Dix pathologies « Longue Maladie » les plus prévalentes (2017)

	Pathologie	Patients	% des LM
1	Hypertension artérielle	10 309	25,3 %
2	Diabète sucré	8 981	22,1 %
3	Affections pulmonaires nca	6 541	16,1 %
4	Autres maladies cardio-vasculaires	5 647	13,9 %
5	Tumeur Maligne	4 955	12,2 %
6	Maladie du système nerveux	4 857	11,9 %
7	Rhumatisme articulaire aigu (RAA)	3 656	9,0 %
8	Troubles mentaux et du comportement	3 334	8,2 %
9	Affection rénale	2 198	5,4 %
10	Affection ostéoarticulaire	872	2,1 %

Source : CPS

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire confirme ce constat dans une publication déjà ancienne sur les causes de décès en Polynésie française couvrant la période 2005-2010²¹. Selon l'étude, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les causes externes de blessure ont été responsables de 6 décès sur 10. Les pathologies liées à des comportements à risques (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers ...) connaissent un développement inquiétant. A titre d'illustration, la récente (2016) enquête de l'OMS indique que 22,7 % des hommes et 31 % des femmes en Polynésie sont en situation d'obésité sévère.

Sur le plan de la santé mentale la dernière enquête « Santé mentale en population générale » de 2015 met en évidence le développement des addictions, des troubles psychiques liées aux violences (majoritairement au sein de la cellule familiale), des dépressions (20 % des personnes interrogées disent avoir déjà présenté des symptômes dépressifs, contre 13 % en France métropolitaine) et du suicide qui touche particulièrement les jeunes.

²¹ Yen Kai Sun L., Ghosn, Rey G. Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(10):183-95. http://www.invs.sante.fr:beh/2016/10/2016_10_2.html

2.2.3.2 La crise économique a favorisé l'émergence de populations précaires et vulnérables et a créé un fort besoin de protection sociale

La précarisation touche de nombreuses familles polynésiennes. Selon une étude de l'Institut de la Statistique de Polynésie Française (ISPF)²² de 2015, la moitié de la population des îles du Vent déclare disposer de moins de 100 000 F CFP (808 €) par mois et par unité de consommation. La situation est encore plus marquée dans les autres archipels où le niveau de vie médian est de 70 000 F CFP (586 €). Les faibles revenus monétaires sont partiellement compensés par un niveau élevé d'autoconsommation, de 15 % aux îles-sous-le-vent à 23 % aux Australes.

Si ces phénomènes affectent l'ensemble de l'archipel, deux zones géographiques sont particulièrement marquées :

- La zone rurale de Tahiti qui est peu pourvoyeuse d'emplois. L'agriculture et l'élevage restent très artisanaux et les emplois sont pour la plupart peu rémunérateurs et non déclarés. L'éloignement géographique du centre urbain est accentué par un défaut d'organisation des moyens de transport collectifs, onéreux de surcroît ;
- Les îles éloignées souffrent d'un manque d'infrastructures qui accentue l'isolement et l'éclatement du noyau familial (séparations liés à la scolarisation, aux évacuations sanitaires « evasan », à la recherche d'emploi).

Sur l'agglomération de Papeete, l'apparition de sans domicile fixe, évaluée à 400/500 personnes, illustre aussi cet accroissement des situations de précarité.

2.2.4 Des plans de santé ambitieux sont à consolider

Même si l'instauration d'un minimum social ou d'une indemnisation du chômage ne sont pas d'actualité, les nombreux plans de santé publique et de solidarité en cours d'élaboration (politique familiale, personnes âgées, handicap, prévention, lutte contre les addictions etc...) ont par définition un coût significatif, qui, s'ils se mettent en place, impacteront les finances du Pays et/ou de la PSG. A cet égard, la mission a constaté que, malgré des efforts de conception, il n'existe pas toujours d'analyse des modalités de mise en œuvre et d'approche projet, encore moins de consolidation d'ensemble. C'est une étape indispensable qui reste à franchir.

Recommandation n°4 : Préciser les modalités de mise en œuvre et chiffrer le coût de chacun des plans de santé publique et des politiques de solidarité, et l'intégrer à un document de programmation budgétaire

2.3 L'offre hospitalière doit être réorganisée

2.3.1 L'offre de soins hospitalière

La Polynésie française dispose de neuf établissements de santé, dont six publics (voir détail en Annexe 6). Le principal en taille est le CHPF, et la majorité d'entre eux (six sur neuf) sont situés sur l'île de Tahiti.

²² Données issues du rapport de l'ISPF Points forts 08 – « Les dépenses des ménages aux Îles du Vent »

Concernant l'offre sanitaire déployée par les hôpitaux de proximité, le périmètre est limité compte tenu de leur taille et des ressources médicales affectées.

Tableau 9 : Activités des hôpitaux de proximité de Polynésie

Année 2017	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Long séjour	Urgences	Biologie	Radiologie
Taïohae	X	X	X	X	X	X	X
Taravao	X			X	X		X
Uturoa	X	X	X		X	X	X
Moorea	X		29 naissances en 2017		X	?	?

L'activité MCO des établissements de proximité y compris celle de l'hôpital d'Uturoa se situe en deçà d'une masse critique couramment admise. Ces établissements ne se justifient que par l'éloignement très important de structures sanitaires plus importantes. Leur maintien devra cependant être accompagné du réexamen attentif des conditions de sécurité offertes dans chaque discipline et de toutes les mesures accessibles et susceptibles d'en renforcer le niveau.

Tableau 10 : Activités MCO des hôpitaux publics de proximité

Année 2017	Lits installés	Entrées	Journées
Taïohae	25	690	2189
Taravao	10	635	2758
Uturoa	52	2798	8478
Moorea	13	985	2395
Totaux	100	5108	15820

Source : *Rapports d'activité 2017 fournis par la Direction de la santé*

La Polynésie compte trois établissements privés tous situés à Papeete. La répartition globale des séjours entre secteur public et privé est globalement équilibrée (56 % des 57 032 séjours pour le public). Mais la répartition diffère fortement suivant la spécialisation : les établissements privés occupent des positions dominantes en ophtalmologie (interventions sur le cristallin) et en endoscopie digestive (voir détail en Annexe 6).

2.3.2 Du fait de sa place dans l'offre de santé, le CHPF porte une part importante des enjeux de la réponse aux besoins de la population et de l'équilibre financier du risque maladie

Sur son territoire le CHPF est tout à la fois établissement de proximité et établissement de recours. L'isolement de la Polynésie place le CHPF sur une mission qui s'apparente à celle que remplissent les CHU en métropole, ce qu'illustre la comparaison effectuée par le CHPF avec des hôpitaux de métropole de taille similaire.

Tableau 11 : Comparaison des activités en chirurgie du CHPF vs. CH métropolitain

	CHPF	Tourcoing	Bayonne	Pau	Arras	Cayenne
Chirurgie du sein	81	21	144	173	109	7
Cataracte	353	786		1022		157
Arthroscopie du genou	51	189	349	162	178	17
hernie enfant	79	1	33	113	4	8
Résection transutérine prostate	31	48	198		19	1
Hernie adulte	152	125	285	242	181	107
Part activité CHU	2,30 %	0,05 %	1,10 %	0,70 %	0,40 %	non disponible

Source : *CHPF*

Au cœur de sa mission, le CHPF a vocation à accueillir et à prendre en charge toutes les urgences et en particulier les plus lourdes engageant le pronostic vital. Il doit également être en mesure d'accueillir et de traiter les affections les plus lourdes nécessitant les compétences médicales ainsi que les équipements diagnostiques et thérapeutiques qu'il est le seul autorisé à détenir.

Le CHPF tient une place prédominante en matière de compétences médicales. Il dispose seul du panel complet des disciplines médicales et chirurgicales sur la Polynésie française.

Il dispose même d'une situation d'exclusivité sur les disciplines les plus spécialisées : activités de réanimation adultes, pédiatrique et néo-natale, cardiologie et neurologie urgente (cardiologie interventionnelle, AVC), détresses rénales lourdes (dialyse lourde). Dans les disciplines chirurgicales la neurochirurgie doit être tout particulièrement mentionnée car la couverture médicale exclusive du CHPF est elle-même précaire (1 seul praticien en exercice au moment de la mission).

Ses effectifs médicaux ont été renforcés au cours de la décennie passée. Ainsi le CHPF a connu de 2008 à 2017 une augmentation de ses effectifs de PH de 40 postes supplémentaires dont 5 par transformation de postes d'assistant. L'accroissement net de 35 postes provient pour 22 postes de l'augmentation d'activité, pour 9 postes d'activités nouvelles et enfin 4 postes ont été financés par l'Etat (prise en charge des détenus par exemple).

Le CHPF possède un plateau technique adapté à ses missions. Il est ainsi doté d'une imagerie standard, interventionnelle et nucléaire, des équipements de radiothérapie, de laboratoires, d'un caisson hyperbare, de blocs opératoires.

Le projet médical du CHPF envisage de nouvelles activités afin d'une part d'élargir à des prestations pour lesquelles les patients doivent recourir à des évacuations sanitaires ("evasans") hors Polynésie, et d'autre part de s'inscrire dans les processus d'évolution des techniques médicales comme en Métropole. C'est ainsi qu'il est envisagé en cardiologie la nouvelle technique d'implantation de valve aortique (TAVI²³) ainsi qu'en ORL les implants cochléaires. Pour favoriser la greffe rénale il est envisagé de réaliser des prélèvements sur donneurs "cœur arrêté". Le traitement des tumeurs inopérables par radiofréquence ou curiethérapie haut débit de dose est également envisagé. La cancérologie a besoin pour améliorer ses performances diagnostiques d'acquies un Tep Scan qui suppose l'acquisition concomitante d'un cyclotron.

²³ Trans cathéter Aortic Valve Implantation

Le rythme d'acquisition des nouvelles techniques doit cependant être subordonné à une analyse médico-économique systématique soumise à l'ARASS afin de déterminer et d'anticiper le moment où les investissements en équipement et l'acquisition des compétences médicales deviennent envisageables et supportables pour la collectivité polynésienne.

2.3.3 Les capacités doivent être ajustées à l'aune des indices de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)

La question capacitaire nourrit des débats entre les décideurs et acteurs locaux. Selon les responsables du CHPF le niveau des taux d'occupation atteint générerait des phases de saturation pour certaines disciplines. Le taux d'occupation déclaré à la mission est 83,4 % en MCO en 2018. Il est proche de celui déjà relevé par la Chambre territoriale des comptes dans son récent rapport sur le centre hospitalier (84,3 % en MCO en 2016, 105,7 % en psychiatrie).

Tableau 12 : Taux d'occupation moyenne et durée moyenne de séjour au CHPF en 2018

	Taux d'occupation moyenne	Durée moyenne de séjour
MCO Hospitalisation complète	83,4%	6,15
dont Médecine	93,8%	5,49
dont chirurgie	94,8%	5,48
dont mère-enfant	74,4%	4,76

Source : CHPF

Ce niveau d'occupation se situe dans un contexte de progression constante des volumes de séjour sur la dernière période décennale (+31,2 % sur 2007-2017 à 27 672).

Comme le soulignait le SOS 2016-2021, "sur l'activité MCO et au global, les places installées (différent d'autorisées) sont globalement conformes à la carte sanitaire si l'on considère l'ensemble du MCO (indices de besoins définis par arrêté). En revanche les écarts sont patents sur les soins de suite, les soins de longue durée et la psychiatrie ouverte (places)."

Si les écarts restent marqués avec la Métropole où les densités restent supérieures, ils tendent à se réduire avec la baisse constante des densités de lits et places en Métropole. Ainsi le nombre de lits MCO est passé de 341/100 000 hab. en 2012 à 320/100 000 hab. en 2015. Des rééquilibrages sont souhaitables au CHPF notamment au bénéfice des lits de médecine. Pour la chirurgie, le phénomène de saturation doit inciter au développement de la chirurgie ambulatoire. Enfin la psychiatrie adultes devra bénéficier d'une augmentation capacitaire importante (66 lits actuellement) : le taux d'équipement rapporté à la population est actuellement trois fois inférieur à celui de la Métropole.

La question des capacités hospitalières relève désormais de la compétence de l'ARASS. Différentes solutions sont théoriquement envisageables pour accompagner cette croissance de la demande : réduire les durées de séjour, poursuivre la recomposition capacitaire notamment en favorisant la création de lits de SSR et des places en HAD, et développer l'activité ambulatoire qui reste encore embryonnaire.

Toutefois, afin d'apprécier plus justement la situation et les mesures à prendre, il est nécessaire d'examiner les IP-DMS²⁴ afin de disposer de la standardisation des durées de séjour en fonction de l'activité (casemix) de l'établissement ou des services. Ces informations n'ont pu être communiquées à la mission.

2.3.4 La situation financière du CHPF est dégradée

De 2014 à 2017 les produits d'exploitation ont stagné, se tassant même de 0,3 %. Sur la même période les charges ont progressé de 21,4 %. L'effet ciseau a ainsi provoqué une inversion brutale des résultats comptables de l'établissement.²⁵

2.3.4.1 La dégradation a été constante depuis 2014, tous les soldes intermédiaires de gestion ont viré au rouge, et ce, malgré des artifices tarifaires et des charges d'amortissement anormalement allégées

D'après les récentes données du rapport de la CTC la situation financière du CHPF se dégrade progressivement depuis 2014.

Tableau 13 : Evolution des soldes intermédiaires de gestion

	2014	2015	2016	2017	Différence	En %
PRODUITS D'EXPLOITATION	21 394 635 614	21 074 000 530	21 517 414 278	21 337 105 720	- 57 529 894	-0,3%
SOUS-TOTAL CHARGES	7 961 298 548	8 723 820 100	9 307 663 189	9 663 408 925	1 702 110 377	21,4%
VALEUR AJOUTEE	13 433 337 066	12 350 180 430	12 209 751 089	11 673 696 795	- 1 759 640 271	-13,1%
Autres charges	92 248 958	153 599 767	54 376 268	190 000 000	97 751 042	106,0%
Frais de personnel	11 875 820 323	11 700 652 601	12 092 147 287	12 105 361 091	229 540 768	1,9%
Autres produits	169 880 027	141 240 188	86 273 568	206 852 921	36 972 894	21,8%
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	1 635 147 812	637 168 250	149 501 102	- 414 811 375	- 2 049 959 187	-125,4%
TAUX D'EBE	7,6%	3,0%	0,7%	-1,9%		
Dotations aux amortissements et provisions d'exploitation	832 774 800	452 748 195	58 849 701	601 000 000	- 231 774 800	-27,8%
RESULTAT D'EXPLOITATION	802 373 012	184 420 055	90 651 401	- 1 015 811 375		-226,6%
RENTABILITE ECONOMIQUE	3,8%	0,9%	0,4%	-4,8%		
RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 16 606 333	3 742 268	- 238 386 020	- 107 055 104	- 90 448 771	544,7%
RESULTAT FINANCIER	- 112 457 867	- 117 818 088	- 36 604 385	- 88 602 751	23 855 116	-21,2%
RESULTAT NET	673 308 812	70 344 235	- 184 339 004	- 1 211 469 230	- 1 884 778 042	-279,9%

Source : ROD CTC et CHPF

Les soldes intermédiaires de gestion se dégradent tous sur la période 2014-2017 sous l'effet d'une croissance significative des charges, alors que les produits d'exploitation restent stables. La valeur ajoutée a perdu 13 % et le résultat net d'exploitation est passé d'un excédent de 673 MF CFP (5,6 M€) à un déficit de 1 211 MF CFP (10,1 M€) en 2017. L'excédent brut d'exploitation qui se situait à un niveau satisfaisant en 2014 (+7,6 %) est devenu négatif en 2017 (-1,9 %) ce qui signifie que non seulement le cycle d'exploitation est déficitaire mais qu'il n'est plus en mesure de répondre aux besoins d'autofinancement des investissements. Une telle situation pour un établissement de métropole déclencherait la mise en œuvre de mesures de suivi et d'accompagnement du redressement (plan de retour à l'équilibre, inscription sur la liste des établissements suivis par le COPERMO²⁶).

²⁴ Indice de performance de la durée moyenne de séjour.

²⁵ Rapport d'Observations Définitif de la Chambre territoriale des comptes 2013-2018 octobre 2018.

²⁶ Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins.

Pour l'avenir, la réintégration des amortissements immobiliers (cf. *infra* 2.3.4.1) pourrait imposer une charge nouvelle de l'ordre de 1,3 MdF CFP. Par ailleurs la révision des tarifs facturés aux ressortissants de l'Assurance Maladie métropolitaine (cf. *infra* 2.3.4.4) engendrerait une moins-value de recettes de 3,85 MdF CFP soit 32,3 M€. Au déséquilibre budgétaire ainsi aggravé, il conviendra de répondre par un changement du système d'allocation des ressources ; de son côté le CHPF devra réaliser des efforts d'économies substantiels.

2.3.4.2 Les charges ont fortement progressé

La part des charges de personnel sur les dépenses totales est passée de 64,8 % en 2000 à 55,1 % en 2017. Sur la même période longue la progression moyenne annuelle est de 3,85 % pour les dépenses de personnel contre 6,37 % pour les autres dépenses. Sur la période récente 2014-2017 il est observé une progression moindre des charges de personnel par rapport aux autres charges.

Sur les deux exercices 2016 et 2017, les plus documentés, ce sont les dépenses à caractère médical qui ont le plus augmenté. Les achats qui représentent de l'ordre de 24 % ont cru de 7 % en 2016 et 3,5 % en 2017. Au sein de ces mêmes achats les dépenses pharmaceutiques ont augmenté 13,7 % en 2016 et de 6 % en 2017. Les fournitures pour laboratoires croissent en 2016 de 7,4 % en grande partie sous la pression de l'augmentation de l'activité de biologie (+6,1 % des actes) ; dans le même temps les achats du service biomédical chutent de 12,1 % grâce à des renouvellements d'équipements devenus obsolètes et coûteux en maintenance.

Les dépenses hôtelières et générales sont en revanche à la baisse (-6,2 % en 2016/2015) notamment grâce aux actions mise en place sur la consommation énergétique (électricité et fuel)²⁷.

La dépense en services extérieurs qui présente une hausse modérée de 2,2 % en 2017 après une hausse conséquente de 8,3 % en 2016 dissimule des mouvements plus importants. Concernant les examens de laboratoires, à une forte hausse en 2016 (+15,7 MF CFP) succède une baisse en 2017 de 12,1 % soit -23,8 MF CFP justifiée par un recours moindre à l'externalisation.

En synthèse les résultats révèlent des failles dans la maîtrise des dépenses même si quelques actions sont menées. La capacité à réguler globalement sur le long terme les effectifs et les rémunérations du personnel hospitalier ne renseigne pas sur le niveau de productivité des différents secteurs de l'hôpital : le développement des outils de gestion et le parangonnage avec les établissements métropolitains, lorsque celui-ci sera possible, permettront de combler ce manque.

2.3.4.3 Un financement partiellement déconnecté de l'activité

L'observation des évolutions parallèles des charges et des produits de 2014 à 2017 met en évidence une croissance faible des produits parmi lesquels il convient de distinguer les produits issus de la dotation globale des autres produits.

²⁷ La mise en œuvre d'un système de climatisation par prélèvement en eau profonde devrait permettre de diminuer encore ce poste de charges.

Le financement du CHPF par dotation est déterminé par voie conventionnelle²⁸, revu annuellement par avenant. Deux dotations sont mises en place :

- la dotation principale finance les activités de soins avec ou sans hospitalisation en différenciant une dotation MCO et une dotation pour l'activité de psychiatrie.
- la dotation spécifique est destinée au financement de contrats d'objectifs (COM) visant notamment à réduire le nombre d'urgences et d'évacuations sanitaires, ainsi qu'aux « médicaments onéreux » et aux « dispositifs médicaux implantables ».

Des financements hors dotations sont prévus sur certains actes (IVG, IRM ...).

Enfin, les soins dispensés aux ressortissants des autres régimes (régimes métropolitains de sécurité sociale, CAFAT de Nouvelle-Calédonie ...) sont placés en dehors du champ d'application du système de dotation. Le CHPF applique à ces ressortissants un tarif journalier de prestations (TJP) fixé par délibération de son conseil d'administration.

Pour 2019 les dotations ont été fixées à 13 363 MF CFP soit 112,2 M€, comme suit :

Tableau 14 : Dotations CHPF de l'avenant n°23 prévues pour 2019

Libellés	RGS	RSPF	RNS	TOTAL
DGF MCO	8 076 MF	3 668 MF	574 MF Dont intégration COM	12 318 MF 264 MF
DGF Psychiatrie	154 MF	740 MF	22 MF Dont intégration COM Dont nouvelles mesures	916 MF 90 MF 91 MF
<i>Dotation spécifique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cf. Avenant n° 14 à la convention-cadre du 20 juillet 2006 pour l'établissement de contrats d'objectifs relatifs aux missions en Polynésie française de spécialistes extérieurs. ○ Cf. Avenant n° 4 au COM relatif au Coaguchek. ○ Cf. Convention-cadre relative à l'établissement d'un COM relatif à l'implantation de valve aortique percutanée transcathéter (TAVI). 			
COM	86 MF	29 MF	14 MF	129 MF
TOTAL	8 316 MF	4 437 MF	610 MF	13 363 MF

Source : CPS

La dotation globale et les crédits accordés au titre des différents COM et versés par la CPS progressent de 2,9 % sur la période 2014-2017. Les produits hors dotation et notamment ceux issus de la facturation aux non ressortissants d'un des régimes gérés par la CPS (cf. *infra* 2.3.4.4) après avoir très fortement augmenté (de 2011 à 2014) ont stagné et même légèrement régressé en 2016 et 2017 (-6 %).

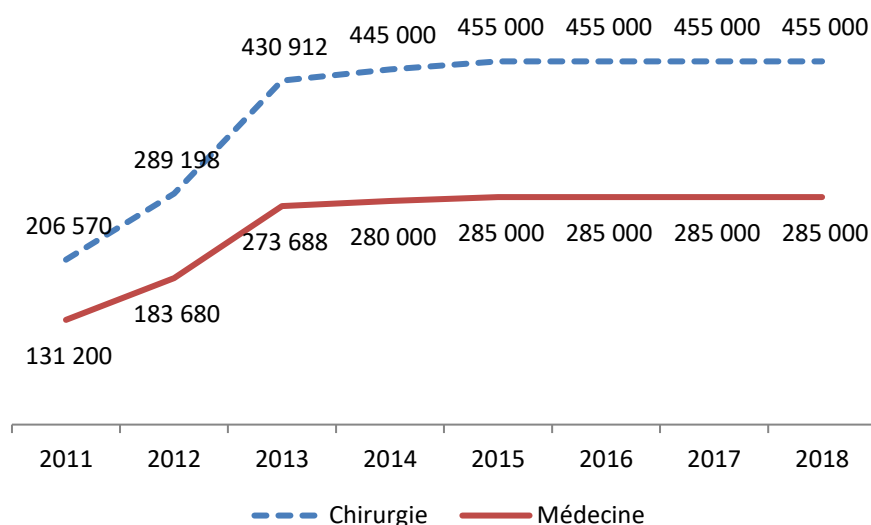
La gestion du CHPF doit rapidement pouvoir bénéficier d'un environnement budgétaire et tarifaire rénové pour aborder les nombreux défis qui sont les siens. Le système d'allocations des ressources de la CPS, sur dotation globale, ne répond pas aux besoins d'une gestion responsable, d'une transparence exigée et légitime et d'une visibilité nécessaire aux anticipations et corrections (cf. 2.3.6).

²⁸ Convention cadre du 25 octobre 1999.

2.3.4.4 Une facturation aux non assurés par la PSG utilisée comme variable d'ajustement

La facturation des soins délivrés aux personnes affiliés à l'un des régimes de Sécurité sociale métropolitains repose sur un tarif de prestations conçu, pour ce qui concerne l'hospitalisation, sur une facturation à la journée et pour le reste sur un tarif spécifique au CHPF. Comme déjà observé précédemment (CTC et IGF/IGA/IGAS en 2014) la mission relève une série de hausses opérées de 2011 à 2015 qui ont considérablement augmenté les recettes hors CPS. En 2011 un quasi doublement a été appliqué sur la base de tarifs CPS, puis 40 % en 2012 et presque 50 % en 2013. Les hausses ont été faibles en 2014 et 2015, année depuis laquelle les tarifs sont stables.

Graphique 4 : Evolution des tarifs hors-CPS (F CFP)



Source : *CHPF*

C'est grâce à ces augmentations de tarifs que le CHPF a pu pendant un temps équilibrer ses comptes, malgré une dotation de la CPS stable.

Le CHPF étant financé par une dotation globale, il n'est pas possible de simuler directement l'effet d'un alignement du tarif pratiqué pour les ressortissants des régimes métropolitains de sécurité sociale sur un « tarif polynésien ».

Le CHPF a simulé la perte de recettes qu'entraînerait l'utilisation de la T2A pour la facturation des prestations servies aux ressortissants des régimes d'assurance maladie métropolitains. En retenant l'hypothèse d'un coefficient géographique à 1,39 les recettes des séjours en hospitalisation complète 2017 auraient été valorisées à 967,712 MF CFP alors que les recettes hospitalisation complète/tarif de prestations étaient estimées à 4,564 MdF CFP²⁹ soit un écart de 3,596 MdF CFP (30,1 M€). Il convient de ramener cet écart aux séjours des seuls assurés métropolitains, à l'exclusion des patients (étrangers) relevant d'autres régimes, qui pourront continuer à être tarifés selon des modalités propres fixées par le CHPF ; il serait ainsi de 26,1 M€ pour les séjours d'hospitalisation complète. Les calculs réalisés sur les données fournies par le CHPF (cf. annexe 6) et en intégrant les autres

²⁹ Décision modificative 2 2017

prestations (hospitalisation de jour et séances) conduisent à une estimation de moins-value totale de recettes de 32,3 M€.

2.3.5 La gestion du CHPF doit être maîtrisée et ses performances améliorées

2.3.5.1 La gouvernance du CHPF doit être renouvelée sans dupliquer le modèle métropolitain

Régi par un statut datant d'un arrêté de 1988, le CHPF est un établissement public administratif dirigé conjointement par un conseil d'administration, qui définit la politique générale de l'établissement, et un directeur qui la met en œuvre. Le conseil d'administration (CA) est composé de 13 membres et est présidé par le ministre de la santé. Le directeur est nommé par le gouvernement.

Les inspections, dans leur précédent rapport de 2014, et plus récemment la Chambre territoriale des comptes³⁰, ont relevé les difficultés de gouvernance rencontrées par l'hôpital. La Convention du 16 avril 2015 entre le Pays et l'Etat n'a pas évoqué explicitement ce point, qui n'a fait l'objet d'aucune évolution depuis cette date.

Une forme verticale de gouvernance prédomine et agrège les niveaux normatif, stratégique, programmatique, financier, managérial qui se retrouvent concentrés au niveau du Ministère de la santé. Ainsi le ministre de la santé préside le conseil d'administration dont les délibérations sont examinées par le Conseil des Ministres pour approbation.

Si un partage plus clair des responsabilités est souhaitable, la transposition éventuelle du modèle de gouvernance métropolitain, précédemment recommandée, ne semble pas adaptée aux particularités de la situation en Polynésie.

2.3.5.2 Une gestion patrimoniale et des investissements à assainir

Le nouveau bâtiment du CHPF sur le site de Taaone, ouvert en 2010 et financé par le Pays et l'Etat, a été réalisé par la société d'aménagement public Tahiti Nui Aménagement et Développement (TNAD), et, selon la convention du 31 mars 2011 entre le Pays et le CHPF, les bâtiments sont mis à disposition de ce dernier pour une durée de 99 ans. Le transfert de l'actif de TNAD au CHPF n'a toujours pas été réalisé, au motif de contentieux persistants sur l'opération. Cette situation a été relevée par la CTC dans son rapport récent³¹ pour souligner les nombreuses malfaçons dont les corrections pourraient coûter, selon un audit d'avril 2017 (cité par la CTC), de 200 à 300 MF CFP soit 2,5 M€.

Exploité depuis octobre 2010, le bâtiment mis à disposition ne fait à ce jour l'objet d'aucun amortissement. La mission précédente avait évalué la charge annuelle à 1,3 MdF CFP soit 11,13 M€ sur la base d'un amortissement linéaire sur 30 ans en précisant que le Pays s'était engagé à supporter les charges d'amortissement des nouveaux immeubles. L'amortissement du bâtiment dans les comptes du CHPF ferait plus que doubler le déficit d'exploitation, d'un milliard de F CFP en 2017. La valeur comptable du bien devrait donc être à ce jour déjà amputée d'un peu plus du quart de sa valeur d'origine soit 89 M€.

³⁰ Rapport d'observations définitives – Exercices 2013 à 2018 – octobre 2018

³¹ Rapport d'observations définitives du 9 octobre 2018

Selon les dernières informations transmises à la mission, le processus de règlement de la situation serait toujours entravé par les contentieux portant sur la construction ; ces derniers n'auraient connu aucune avancée notable.

Faute de pouvoir pratiquer des amortissements le CHPF devrait, par mesure de prudence comptable, inscrire des provisions au bilan afin d'être en mesure d'assurer l'entretien du bâtiment et des installations. Néanmoins le CHPF n'ayant pas supporté le financement de l'actif immobilier, seul un provisionnement partiel des amortissements serait économiquement justifié.

Recommandation n°5 : Provisionner partiellement au Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) l'amortissement de la partie immobilière des investissements.

En dehors de la situation particulière en attente de règlement de la partie immobilière des investissements, les équipements ont connu depuis l'ouverture du site de Taone une évolution positive mais malgré tout tardive. Après des procédures engagées en 2011 et 2014 puis avortées ce n'est qu'en 2017 que le CHPF a initié l'amortissement des équipements et mobiliers du site de Taone sur la base d'un arrêté de décembre 2016.

La cession opérée à titre gratuit par TNAD³² pour 7,2 MdF CFP et 0,3 MdF CFP par la Direction de la Santé à la valeur d'acquisition laisse entièrement la charge de l'amortissement à l'établissement. Si le retard dans l'amortissement peut paraître préjudiciable, il permet cependant à l'établissement d'inscrire des dotations aux amortissements autorisant le financement des plans d'équipement. Ces nouvelles charges, bien que nécessaires ont l'inconvénient d'entraver le redressement budgétaire attendu. Le processus risque de se renouveler lors de l'intégration du patrimoine immobilier pourtant souhaitable.

2.3.5.3 Une gestion des ressources humaines à faire évoluer

Si la relative stabilité des effectifs s'est traduite par une progression modérée des dépenses de personnel, d'autres éléments font l'objet d'évolutions voire de dérives qui ont donné lieu à des observations et des critiques récurrentes.

L'organisation du temps de travail conduit à un recours important aux heures supplémentaires et indemnités.

Pour les seules heures supplémentaires le montant de leur rémunération a progressé en moyenne de 5,8 % de 2013 à 2016 passant ainsi de 522 MF CFP à 618,432 MF CFP (5,185 M€). 2018 semble marquer une inflexion puisque le montant communiqué à la mission est de 602,539 MF CFP. 1127 agents en moyenne ont bénéficié d'heures supplémentaires chaque mois en 2018, pour un montant moyen mensuel de 44 540 F CFP (373 €. Le maximum mensuel relevé est de 492 592 F CFP, soit 4130 €)

Un système indemnitaire s'ajoute aux heures supplémentaires. Celui-ci a généré une dépense de 402, 523 MF CFP (3,375 M€). Au total les rémunérations complémentaires (heures supplémentaires et indemnités) ont généré en 2018 un coût de 1,005 MdF CFP. Pour repère, le montant prévisionnel du compte 641 Personnel non médical au Budget primitif 2018 était de 6,622 MdF CFP ; la part des heures supplémentaires et des indemnités dans la rémunération des personnels non médicaux (15 %) ne peut être considérée comme accessoire.

³² Tahiti Nui Aménagement&Développement

Ces aspects devront faire l'objet d'actions de la part des autorités polynésiennes pour enrayer des dérives dommageables à l'équilibre financier de l'établissement. Combinées à des réductions d'effectifs rendues possibles par une recombinaison capacitaire maîtrisée, l'Etablissement dispose d'une marge de manœuvre budgétaire sur la période qui s'ouvre, qui doit prioritairement servir au retour à l'équilibre financier.

Le personnel médical incluant les sages-femmes compte 275 ETP en 2017. L'effectif a progressé de 2014 à 2017 de 6 %. Sur la même période le nombre de titulaires a diminué de 11 % pendant que les CDD progressaient de 41 %.

Evoqués à la fois dans le rapport de la mission IGF/IGA/IGAS de 2014 et dans le rapport d'observations de la CTC d'octobre 2018, le coût et l'organisation des gardes et astreintes médicales sont fortement critiqués. La rémunération des gardes et astreintes en Polynésie (cf. annexe 6) est fixée à un niveau très supérieur à la métropole et, plus que le nombre et la répartition des gardes et astreintes, le barème interroge tant les disparités importantes contribuent à grossir la part de ses indemnités dans la rémunération du personnel médical comme le montre le comparatif des rémunérations moyennes (cf. annexe 6 tableau 18).

La mission a pu entendre des acteurs concernés que cette question ne pouvait être détachée d'un sujet plus large concernant le niveau des rémunérations des praticiens hospitaliers. Sur ce point les rémunérations moyennes permettent d'apprécier les écarts pouvant exister entre la métropole et la Polynésie.

Tableau 15 : Rémunération moyenne CHPF (2016) par rapport aux CH et CHU Métropole (2013)

	CHPF	CH	CHU/CHR	Ecart CHPF/CH en %	Ecart CHPF/CHU&CHR en %
Traitement de base moyen					
XPF	10 067 935	8 151 993	8 375 298	23,5%	20,2%
€	84 369	68 314	70 185	23,5%	20,2%
Indemnités et primes moyennes					
XPF	4 756 176	2 377 255	1 720 179	100,1%	176%
€	39 857	19 921	14 415	100,1%	176%
Part (indemnités/traitement de base) en %					
en %	47,2%	29,2%	20,5%		
Rémunérations brutes moyennes					
XPF	14 824 111	10 529 248	10 095 477	41%	47%
€	124 226	88 235	84 600	41%	47%

Source : D'après CTC rapport d'observations définitives. CHPF, exercices 2013 à 2018, octobre 2018

La lecture du tableau doit être assortie d'une réserve car il utilise des données 2016 du CHPF contre des données 2013 pour les établissements de métropole.

Les écarts sur rémunération brute moyenne (respectivement de 41 % et 47 %) sont les résultantes d'écarts très différents entre traitement de base et indemnités et primes. Ainsi les traitements servis en Polynésie s'écartent de 23,5 % et 20,2 % des traitements servis en CH et en CHU.

L'analyse conduite par la mission sur le niveau des rémunérations brutes ne révèle pas des écarts supérieurs à ceux rencontrés dans les DOM.

Recommandation n°6 : Revoir le dispositif de rémunération des gardes et astreintes, générateur de pratiques individuelles peu contrôlées (transformations des astreintes en gardes) et d'iniquité.

Concernant les praticiens de l'hôpital et spécifiquement les spécialistes médicaux et chirurgicaux leur isolement ne présente pas seulement des inconvénients au plan opérationnel. Notamment pour les spécialités les plus pointues se pose la question du maintien du niveau de leurs compétences et de leurs pratiques. Quand bien même ils s'astreindraient à participer régulièrement à des congrès, l'exigence de maintien des compétences oblige à s'inscrire dans un exercice de plus en plus collectif et au contact avec des équipes de rang universitaire. C'est ce qui pousse aujourd'hui, en métropole, à la constitution d'équipes territoriales. Bien entendu un tel modèle n'est pas envisageable en Polynésie française ; néanmoins il conviendrait de promouvoir un modèle de type réseau entre le CHPF et un panel de CHU métropolitains afin d'irriguer et ressourcer un potentiel médical performant. De la même manière, il est souhaitable d'organiser la coopération territoriale entre les équipes du CHPF et celles des hôpitaux de proximité (ex : référents au CHPF, délégations de tâche, réunions de « staff » communes ...).

2.3.5.4 Une culture de gestion doit être instaurée

La mission a été confrontée à une insuffisante documentation de la gestion de l'établissement. Le placement du CHPF hors du "droit commun" national n'a pas été incitatif à développer ses outils de mesure et de contrôle de gestion. Par ailleurs son placement hors du périmètre d'observation nationale l'a exclu des systèmes de collecte d'informations ce qui complique le travail de parangonnage. En l'état de la production de l'information, les approches sont nécessairement approximatives, toujours susceptibles de biais de mesure ou d'interprétation.

Si la production d'une comptabilité analytique demeure une priorité, bien d'autres indicateurs devraient être instaurés pour une transparence accentuée. Le CHPF devrait s'inscrire dans la collecte nationale des données sur la gestion des établissements de santé et complémentairement à la production du PMSI³³ et à sa communication à l'ATIH³⁴, l'établissement devrait fournir (annuellement) les données concernées par la SAE³⁵.

Le projet d'établissement 2017-2022 souligne le retard constaté sur la mise en place des outils de gestion en commençant par la comptabilité analytique dont la mise en place est placée au rang de la première priorité.

La mission prend acte du retard de l'établissement dans le déploiement des outils de gestion et de l'acculturation en cours des acteurs. Toutefois il conviendrait que la communauté hospitalière donne des signes tangibles de son engagement et fournisse des plans d'actions et des calendriers précis.

Le CHPF a conservé le service comme seul cadre d'organisation interne de ses activités cliniques et médicotechniques, alors que les établissements métropolitains se sont depuis 2007 structurés en pôle d'activités. Le projet d'établissement 2017-2022 annonce une réforme de l'organisation interne et présente un nouvel ordonnancement des structures et des instances pour piloter l'ensemble des secteurs cliniques et médicotechniques. Les services disparaissent au profit des unités médicales qui en gardent le périmètre et qui sont définies comme la structure essentielle de l'organisation médicale et de la prise en charge du patient. Le département serait lui dédié au management et à la gestion. Le projet ne dit rien de la délégation même s'il est clairement énoncé sa compétence sur les principaux domaines de ressources.

³³ Communication des données PMSI (description des séjours, des séances et des actes transmis à l'Agence de traitement de l'information hospitalière -ATIH-)

³⁴ Agence technique de l'information hospitalière.

³⁵ Statistique annuelle des établissements (SAE)

Lors de la présence de la mission au CHPF, les membres de la communauté médicale et la direction ont confirmé que la création et la mise en place des 15 départements étaient en cours et qu'elles seraient achevées en 2019.

Le rôle et la place du CHPF, établissement de recours unique sur l'espace polynésien, sont essentiels à la réponse aux besoins sanitaires, quelle qu'en soit la nature, la gravité ou l'urgence. Ceci confère à cet établissement un statut et surtout aux acteurs une responsabilité que même aucun CHU métropolitain ne supporte. Outre l'organisation de la permanence des soins, se pose concomitamment la permanence de fonctionnement de ses structures.

L'élaboration en cours d'un plan de continuité d'activité piloté conjointement par le Haut-Commissariat et le Pays permettra de compléter après les avoir rassemblées et formalisées les dispositions concernant la prise en compte des risques naturels, la potentielle rupture d'approvisionnement en eau, les possibles ruptures d'approvisionnement en médicaments, les incidents liés au processus de transport et de stockage des sources radioactives à période courte.

Les autorités locales ont par exemple repéré les risques que présentent les structures de stockage des médicaments tant du CHPF que des structures sanitaires gérées par la Direction de la santé. Une réflexion a déjà eu lieu et une action sera entreprise dès 2019 mais bien d'autres sujets mériteraient d'être examinés. Cette responsabilité particulière devrait sans doute être mieux partagée entre le Pays et l'Etat car il est certain qu'en cas d'évènements graves l'Etat serait appelé à apporter aide et assistance au territoire polynésien.

Recommandation n°7 : Poursuivre et achever la démarche conjointe Etat/Centre hospitalier de la Polynésie française d'élaboration du plan de continuité d'activité du Centre hospitalier, notamment pour la mise en sécurité d'un stock stratégique de médicaments pour la Polynésie.

2.3.6 Le financement des établissements sanitaires devra intégrer une part liée à l'activité

Le système d'allocation des ressources aux établissements sanitaires (dotation globale) doit évoluer comme l'ont souligné de nombreux observateurs ainsi que plusieurs rapports (Inspections générales, CTC).

Rétrospectivement il s'avère que la CPS a utilisé le système d'allocation comme un instrument de maîtrise des dépenses par une évolution très modérée de l'enveloppe comparée au développement de l'activité.

Comme évoqué précédemment le CHPF, avec l'assentiment des autorités, a recouru à des hausses massives des tarifs appliqués aux assurés métropolitains afin de générer des recettes. Si cet artifice a permis de masquer temporairement la dégradation budgétaire puis financière du CHPF, il entraîne aujourd'hui une perte d'attractivité.

Pour les établissements privés les conséquences restent importantes même si le système de dotation globale n'intègre pas la rémunération des médecins. Le manque de transparence du dispositif d'allocations suscite des contentieux.

Il apparait donc indispensable, comme elles s'y sont engagées au titre de la convention, que les autorités polynésiennes réforment le système d'allocation des ressources aux établissements sanitaires.

Des réflexions ont été engagées sur le passage à la tarification à l'activité (T2A) sur le modèle en place en métropole, sans aboutir à ce stade. La poursuite des travaux apparaît néanmoins inopportune au regard de la faible rentabilité attendu d'un tel changement tarifaire. La mise en place de la T2A est une opération complexe et coûteuse qui semble disproportionnée au regard du nombre très limité d'établissements en Polynésie, et qui arriverait en pleine réflexion sur la construction d'un modèle alternatif en métropole³⁶.

Sans prôner la transposition de la T2A comme modèle de facturation des actes hospitaliers du CHPF à la CPS, la mission recommande l'introduction d'une part des ressources basée sur l'activité des établissements en utilisant l'outil du PMSI, suffisamment robuste et pertinent, mais surtout connu et déjà maîtrisé par les établissements polynésiens.

Recommandation n°8 : Améliorer le système d'allocations actuel des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés en l'indexant plus directement sur l'activité et en le rendant plus transparent

2.3.7 La création d'un pôle hospitalier privé reste à réaliser

L'objectif assigné par le SOS dans son axe 3 est le regroupement des lits d'hospitalisation complète et ne concerne donc que la Clinique Pao Faï et la Clinique Cardella – la clinique Mamao, troisième de Tahiti, exerce essentiellement une activité ambulatoire.

Les cliniques Cardella et Pao Faï ont des capacités et des activités comparables (respectivement 65 lits / 23 places et 82 lits / 24 places).

Tableau 16 : Synthèse activités des cliniques (entrées et passages)

	Hospitalisation complète	Ambulatoire et HJ	Totaux
Clinique CARDELLA	4 584	4 482	9 066
Clinique PAO FAÏ	3 858	4 826	8 684

Source : *Rapport d'activité PAO FAÏ 2017 & rapport d'activité CARDELLA 2017*

Les deux cliniques ont une prédominance chirurgicale et majoritairement en ambulatoire. En 2017 la clinique PAO FAÏ a enregistré 511 naissances, la Clinique Cardella 624.

Au-delà de l'objectif du SOS, la vétusté des installations actuelles ne permet pas d'envisager un statu quo.

La tentative opérée par appel à projet lancé le 26 mai 2017 à l'initiative du Ministère de la santé conformément à l'action 3.4 du SOS a échoué. L'appel d'offres a été déclaré infructueux après que les cliniques Pao Faï et Cardella aient présenté des dossiers séparés manifestant clairement leur opposition aux modalités de l'appel d'offres qui avait été passé dans des conditions qui ne permettaient pas la réception d'offres crédibles, en l'absence de cahier des charges détaillé et avec un délai de seulement un mois pour soumettre les candidatures.

³⁶ Le premier ministre a annoncé le 13 février 2018 que de nouveaux modèles de financements seraient introduits d'ici à la fin de l'année 2019. Le rapport de Jean Marc Aubert de janvier 2019 intitulé « réforme des modes de financement et de régulation » préconise un modèle de financement combiné, prenant en compte à la fois l'activité et la qualité et la pertinence des soins. Les maladies chroniques pourraient faire l'objet d'un forfait global.

Le choix d'implantation constitue un enjeu sur lequel promoteurs privés et autorités polynésiennes divergent. Le projet de la Clinique Cardella sur la commune de Punauia (à l'opposé de l'implantation du CHPF à Taoane) se heurte à l'opposition du Ministère de la santé. Deux arrêtés du 27 décembre 2017 ont ainsi refusé les projets de création d'un pôle unique privé de la clinique Cardella, et celui porté par la SARL Polynésienne de santé, un nouvel acteur, sur le site de Tapeirui.

Les autorités polynésiennes demeurent déterminées sur le principe de regroupement dont les arguments rejoignent les points de vue exprimés dans de précédents rapports (rapport CTC, rapport IGF/IGA/IGAS) : nécessité de contenir le capacitaire comme outil de régulation de l'offre, rationalisation des équipements sanitaires et des plateaux techniques, et maintien d'une offre alternative crédible au CHPF.

La prochaine tentative doit impérativement aboutir compte tenu de l'urgence de la situation tant en termes de modernisation des outils que de dynamisme dans l'évolution de l'offre de soins.

La puissance publique dispose en Polynésie d'outils de régulation comme le régime des autorisations et le financement des activités. Cependant si ces leviers sont inopérants, il conviendrait d'accompagner les acteurs qui respectivement se déclarent ouverts à la discussion. En amont de la relance d'un nouvel appel à projets il serait judicieux de désigner un cabinet spécialisé ou une autorité extérieure (médiation) afin d'aider les acteurs et les autorités à élaborer l'architecture juridique, foncière et immobilière, opérationnelle d'un tel projet. En amont et en préalable, l'ouverture d'un chantier portant sur un projet médical partagé permettrait d'ouvrir à nouveau un dossier aujourd'hui totalement bloqué.

Recommandation n°9 : Missionner un cabinet ou une autorité indépendante afin d'accompagner le projet de regroupement des cliniques autour d'un projet médical commun partagé.

2.4 L'offre ambulatoire doit évoluer afin de s'adapter aux spécificités polynésiennes

2.4.1 L'offre de soins de ville repose sur la double présence d'une médecine libérale et d'une médecine publique, rattachée au ministère de la Santé

La plupart des professionnels de santé libéraux sont conventionnés avec la CPS, y compris les médecins. Leur répartition géographique est ainsi maîtrisée par les pouvoirs publics. On en recensait 655 à fin 2017.

La densité globale des professions de santé libérales en Polynésie est inférieure à celle de la métropole et de la Guyane, prise à titre d'exemple illustratif. La faiblesse de ces densités doit être nuancée par l'importance de l'offre publique (CHPF, ministère de la santé) qui vient au relais de l'offre libérale. La répartition territoriale est très hétérogène et témoigne d'une préférence marquée pour les zones de Tahiti-Nord, Moorea et des Iles-Sous-le-Vent. Seules les infirmières assurent un maillage à peu près homogène du territoire mais les consultations médicales où spécialisées nécessitent le plus souvent un déplacement sur Tahiti.

Le dispositif public soutient l'offre de soins dans les archipels éloignés où la présence d'une offre libérale n'est pas économiquement et techniquement viable en raison des faibles densités démographiques (cf. en annexe 8 la description des situations constatées par la mission aux Marquises et aux Tuamotu). Il est constitué d'un réseau de 118 structures réparties sur 61 îles qui

intervient sur le préventif et le curatif, qui emploie 1017 personnels de la direction de la santé toutes professions et implantations confondues (quatre hôpitaux de proximité, infirmeries et postes de secours).

Le Pays a programmé la modernisation sur 5 ans de ces structures de soins primaires. Le dispositif vise à développer à terme un réseau de 48 centres de santé pluridisciplinaires, à collaboration public-privé, capable d'assurer une meilleure prise en charge locale curative et préventive des patients. Ce projet ambitieux, en phase de lancement, pourrait faire l'objet de soutien dans le cadre d'un contrat Etat-Pays, si les résultats de l'expérimentation en cours étaient satisfaisants.

2.4.2 La présence des professionnels de santé dans les archipels doit encore être renforcée

Un système de « délégation de tâche » s'est progressivement mis en place afin de permettre aux personnels non-médicaux d'effectuer des soins ou de délivrer des actes et médicaments. Les infirmiers et les auxiliaires de santé des postes isolés ont des compétences élargies, disposent parfois de protocoles préétablis et validés, et peuvent être mis en relation avec une régulation médicale. Cependant, ce dispositif pragmatique s'est développé sans cadre réglementaire clair et homogène, et le maintien d'un niveau élevé de compétences est difficile en raison de l'éloignement des filières de formation professionnelle.

Le maillage de structures de soins primaires des archipels éloignés ne pourra perdurer qu'à condition d'organiser des présences médicales programmées. La Polynésie a développé un exercice médical forain dit de consultations spécialisées avancées « CSA » qui reposait sur des tournées de praticiens du CHPF. Dans son projet d'établissement 2017-2022 le CHPF a prévu d'optimiser les déplacements des praticiens. La présence des spécialistes sur les îles doit évidemment permettre la pratique de consultations mais également de développer la formation aux professionnels de santé permanents sur les archipels. Ainsi 1 142 journées de consultations toutes spécialités confondues ont ainsi été programmées en 2018.

Pour une meilleure adéquation aux besoins, la direction de la santé a repris l'organisation de ces consultations, étendues en 2018 au secteur libéral, mais cette ouverture rencontre un succès très mitigé. Les réticences libérales, encore mal identifiées, s'expliqueraient par la contrainte de ne pas pouvoir être remplacé dans son cabinet principal pendant la pratique ambulatoire.

En plus d'un temps de présence physique, le développement de la télémédecine permettrait de répondre à certaines situations sans mobiliser d'évacuation sanitaire. Le système de soins primaires s'appuie déjà sur une télémédecine permettant aux personnels des structures de soins de consulter les médecins publics des circonscriptions et du CHPF. En 2016, environ sept mille conseils téléphoniques et neuf mille validations d'ordonnance ont été réalisés.

Ces moyens sont toutefois limités et le Schéma d'organisation sanitaire (2016-2021) a prévu de renforcer le dispositif. Différentes initiatives ont été prises pour permettre ce développement. La base juridique définissant la télémédecine et ses modalités de mises en œuvre et de prise en charge financière a été récemment votée³⁷. Par ailleurs la mise en place du câble Natitua devrait permettre

³⁷ La loi du Pays n° 2017-23 du 24 août 2017 relative à la télémédecine et l'arrêté n° 82/CM du 11 janvier 2018 portant définition des actes de télémédecine, de leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière.

de couvrir une grande partie du territoire polynésien dans les prochains mois et de lever les obstacles techniques à la télétransmission.

Plusieurs évolutions sont prévues pour installer la télémédecine dans les structures de soins publiques. Les hôpitaux périphériques et les centres de soins primaires pourraient être équipés de chariot de télémédecine (environ 15 000 € HT) et les îles dépourvues de présence médicale seraient équipées de stations de télémédecine (environ 12 000 € HT).

Outre une éventuelle aide à l'investissement, la mission propose que le Pays puisse s'appuyer sur les expériences développées en métropole et outre-mer. L'appui technique de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui a déjà réalisé plusieurs travaux dans ce domaine³⁸, pourrait utilement être sollicité.

Recommandation n°10 : Renforcer les dispositifs assurant la présence de professionnels de santé dans les îles et faire appuyer par les agences nationales le développement de la télémédecine

2.4.3 Les dépenses de santé de ville sont stables, inférieures à la moyenne nationale, mais pourraient être mieux réparties avec les outils de régulation déjà en place

La consommation de soins de ville sur la période 2010-2015³⁹ a légèrement diminué. La baisse notable des dépenses d'honoraires et de médicaments a été compensée par la hausse des dépenses de transports (EVASAN).

Tableau 17 : Consommation de soins ambulatoires et de biens médicaux de 2010 à 2015 (MF CFP)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evol. (%)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2015/2010
Soins de ville	19 017	19 057	18 884	19 209	19 248	19 082	0,3 %
Soins de médecin	4 303	4 097	4 052	3 712	3 805	3 848	-10,6 %
Autres professionnels	6 529	6 492	6 499	6 426	6 353	6 493	-0,6 %
Dialyse	888	992	1 142	1 067	1 224	1 397	57,3 %
Autres soins ambulatoires	2 683	3 239	3 255	3 752	3 482	3 389	26,3 %
Laboratoires	2 571	2 505	2 112	2 483	2 443	2 272	-11,6 %
Banque de sang	364	369	385	392	459	425	16,8 %
Hors territoire	1 678	1 363	1 440	1 377	1 483	1 258	-25,0 %
Transports	1 678	1 731	1 917	2 142	2 195	2 383	42,0 %
Territoires	1 236	1 354	1 474	1 720	1 758	1 869	51,2 %
Hors territoire	442	377	443	422	437	513	16,1 %
Médicaments et autres biens médicaux	10 798	10 459	10 243	10 071	9 619	10 111	-6,4 %
TOTAL	31 493	31 247	31 044	31 422	31 062	31 576	0,3 %
	264 M€	262 M€	260 M€	264 M€	261 M€	265 M€	

Source : Ministère de la santé de la Polynésie française

³⁸ Notamment « La télémédecine en action : construire un projet de télémédecine » (mars 2016) ; « la télémédecine en action : prise en charge de l'AVC » (mai 2014) ; « la télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe » (mai 2012).

³⁹ Dernière période étudiée ayant fait l'objet d'une publication.

Depuis 2015 (données de prestations CPS), les remboursements de soins de ville enregistrent une nouvelle dynamique de croissance (+7 %), répartie de façon à peu près homogène sur l'ensemble des postes.

Le conventionnement des professionnels de santé avec la Caisse de prévoyance sociale permet de réguler les installations par un système de zonage territorial, y compris pour les médecins, qui n'autorise à l'heure actuelle que des installations dans les archipels éloignés. Le Pays a indiqué qu'une révision du zonage était en cours sur la zone de Tahiti Sud, révision qui pourrait être l'occasion de revoir plus généralement la correspondance entre densités et besoins de la population.

Les tarifs des lettres clés n'ont pas augmenté depuis 2009, et ont même baissé pour les médecins spécialistes (4650 F CFP – 39 €) pour les consultations, 7 200 F CFP – 60 € pour les visites et 10 545 F CFP – 88 € pour les consultations de cardiologues). Cette stagnation tarifaire doit être remise dans un contexte d'inflation modéré (+5,9 % sur la période 2019-2017), mais elle n'en constitue pas moins une diminution relative des honoraires en monnaie courante. L'écart de tarification des honoraires entre la Métropole et la Polynésie est actuellement équivalent à un coefficient de 1,20 pour les généralistes et 1,30 pour les infirmières, ce qui ne représente plus un niveau excessif au regard du surcoût de la vie, établi pour mémoire à 25 % par la précédente mission et à 39 % par l'ISPF⁴⁰ (cf. annexe 1).

Tableau 18 : Tarif des actes (après application du coefficient géographique) et des honoraires des professionnels de santé (€, 2018)

Profession	Acte	Métropole	Outremer	Polynésie	Rapport vs métropole
Infirmières	AMI	3,15	3,3	4,11	1,30
Masseur Kiné.	AMK/AMC/AMS	2,15	2,36	3,69	1,72
Consultation	Médecin génér.	25	29,6	30,19	1,21
	Cardiologue	47,73	54,73	88,42	1,85
Chir. dentiste	Soins conservateurs	2,41	2,6	5,62	2,33

Source : *Mission d'après CPS et DREES*

Des disparités historiques perdurent entre professions, sans être justifiées médicalement ou économiquement. La lettre de cadrage budgétaire pour 2019 a prévu la mise à jour, par voie réglementaire, des nomenclatures, qui occasionnera une convergence du coefficient géographique à 1,40, porté à 1,69 pour certaines professions de santé. La convergence est prévue sur 3 ans pour les professions de santé dont le coefficient baissera.

Une optimisation des dépenses de ville passerait également par un financement spécifique de missions de santé publique, ou de rémunération sur objectifs. En Polynésie les médecins sont exclusivement financés à l'acte, de même que les pharmaciens le sont sur le prix unitaire des médicaments.

Recommandation n°11 : Faire évoluer le mode de rémunération des professionnels de santé en introduisant une part liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

⁴⁰ Points forts n° 2016

Enfin, des progrès significatifs ont été accomplis en matière de maîtrise des dépenses de médicaments (-13 % de remboursements CPS entre 2015 et 2017). L'Assemblée de Polynésie a par ailleurs récemment adopté une série de mesures modifiant les conditions de création des officines de pharmacie⁴¹, suite à l'avis rendu par l'Autorité de la concurrence en 2017. L'Autorité, qui se prononçait également sur le projet de loi, en a relevé la pertinence tout en appelant à la poursuite des mesures de renforcement de l'attractivité de la zone sous-dense, et de transparence dans les modalités

2.5 L'affiliation des fonctionnaires d'Etat et de leurs ayant-droits à la CPS pour le risque maladie est souhaitable

26 232 personnes, fonctionnaires d'Etat et ayants droit, restent affiliées à la sécurité sociale métropolitaine, soit près de 10 % de la population du territoire, en application de la loi du 5 février 1994 pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française⁴². Cette situation n'est pas systématique dans les territoires des outre-mer dotés d'une autonomie de gestion de la protection sociale: les fonctionnaires d'Etat en activité en Nouvelle Calédonie notamment (mais pas les retraités) sont affiliés pour le risque maladie à la caisse locale de protection sociale.

Cette situation présente plusieurs inconvénients, de principe, administratifs et financiers :

- alors qu'ils ne cotisent pas à la CPS, les fonctionnaires d'Etat bénéficient d'une prise en charge selon les règles de celle-ci, qui sont pour certaines plus favorables qu'en métropole (par exemple l'absence de forfait hospitalier);
- la convention de coordination des régimes instaurée par le Décret 94-1146 du 26 décembre 1994 implique une gestion administrative complexe des remboursements réciproques, source de contentieux ;
- la prise en charge par un tiers des consultations et soins du CHFP pour les affiliés à la sécurité sociale a incité à une dérive des tarifs pratiqués pour équilibrer ses comptes (cf.2.3.4.).

Les missions des inspections générales de 2010 et 2014 avaient déjà évoqué cette question. Celle de 2010 avait suggéré l'introduction d'une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie assise sur la masse salariale des agents de l'État en Polynésie française. Celle de 2014 avait été plus loin dans la réflexion et préconisé, pour assainir cette situation, une affiliation des fonctionnaires d'Etat à la CPS. Cette proposition a été à l'époque écartée au nom de la complexité de sa mise en œuvre⁴³.

La mission estime que ce rattachement reste souhaitable pour le risque maladie des fonctionnaires d'Etat et de leurs ayant-droits pour éliminer les inconvénients de la situation présente.

⁴¹ Loi de Pays n°2018-34 du 15 novembre 2018

⁴² Art. 11. - Les personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, qui exercent leurs fonctions en Polynésie française ou qui y résident en qualité de pensionnés au titre de ce code, sont affiliées à compter du 1er janvier 1995, pour les prestations en nature relevant de l'assurance maladie-maternité, au régime de sécurité sociale qui leur serait applicable si elles exerçaient leurs fonctions en métropole ou y résidaient en qualité de pensionnés au titre dudit code.

⁴³ Le compte-rendu d'une réunion interministérielle du 10 décembre 2014 indique que « l'affectation au régime des cotisations patronales versées par l'Etat, qui paraît excessivement complexe et ne permettrait pas d'apporter une aide suffisante au régime, est écartée ». La direction de la sécurité sociale, consultée par la mission, n'a pas retrouvé les éléments qui avaient fondé cette décision, mais a fait état de plusieurs points de vigilance si ce transfert devait être décidé (distinction des prestations en nature résultant d'un accident du travail et d'une maladie, prise en charge des soins lors de séjours en métropole, perte du bénéfice de la coordination européenne en cas de soins dans un pays de l'UE...).

Recommandation n°12 : Affilier les fonctionnaires d'État et leurs ayant-droits à la CPS pour le risque maladie

La mission de 2014 avait évalué les effets de cette affiliation. La présente mission n'a pas cherché à renouveler cet exercice, relativement lourd, les recommandations antérieures étant restées sans suite. Si elles devaient être finalement suivies, une actualisation complète des chiffrages serait nécessaire. Une extrapolation des données de 2014 sur la base des taux de cotisation de 2018 fait apparaître une quasi-neutralité pour l'Etat employeur, et une augmentation pour les fonctionnaires d'Etat qui cotisent actuellement à 4,75 % sur la base du traitement soumis à retenue pour pension, contre 5,43 % en cas d'affiliation à la CPS.

2.6 La perspective d'une branche maladie universelle exigera une réorganisation globale de gouvernance de la PSG et de ses modalités de gestion

Le gouvernement de Polynésie a affiché dans son programme la perspective de création d'une branche universelle maladie, engagement réitéré dans la lettre de cadrage 2019 du ministre de la Santé et de la Prévention. L'universalité du régime est déjà acquise côté prestations avec l'alignement du régime des longues maladies; et le préalable d'un apurement du déficit cumulé devrait être acquis en 2019, pour le RGS, grâce à la contribution exceptionnelle employeur de 0,75 point, et pour le RSPF via l'abondement budgétaire du Pays de 1,6 Md F CFP effectué en 2017.

Mais la création d'une branche universelle maladie ne pourra pas coexister institutionnellement avec les trois régimes actuels dont la gouvernance est déjà complexe. Au-delà des difficultés techniques de réalisation à lever, de nombreux sujets sensibles devront être étudiés et tranchés, notamment :

- la création d'une branche universelle maladie implique-t-elle la création de branches vieillesse et familles distinctes, ou bien va-t-on vers un régime universel ?
- quelle pondération des représentations au sein des conseils, au-delà des représentants des salariés et des employeurs (retraités, associations familiales...) ?
- quelle répartition des rôles entre la CPS et l'ARASS quant aux relations avec les fournisseurs de soins ambulatoires et hospitaliers ?
- quelle répartition du financement et de la gestion de l'action sociale entre les régimes et le Pays ?
- quelle contribution de la PSG au financement de la santé primaire et des plans de santé publique ?
- quelle évolution de la gouvernance par le Pays de la protection sociale ?
- quel rôle du gouvernement du Pays dans la gestion de la CPS ?

La résolution de ces questions, largement imbriquées, demande une organisation en mode projet, avec une gouvernance propre.

Recommandation n°13 : Engager, au besoin avec le concours de conseils extérieurs, une réflexion sur le modèle de la « PSG2 » et sur le chemin critique de passage de l'organisation actuelle à la cible

2.7 Le handicap, la perte d'autonomie des personnes âgées et les aides sociales sont insuffisamment couverts et de façon trop dispersée

Le volet social de la PSG, s'il présente des enjeux financiers de moindre importance par rapport aux branches maladie et vieillesse, n'en représente pas moins un outil fondamental dans la conduite des politiques sanitaires et sociales en Polynésie française. Le Pays a été confronté à une dégradation de la situation économique entre 2008 et 2014 qui a conduit au développement des situations de précarité et souligné les limites du modèle de solidarité familiale. La PSG a joué un rôle essentiel puisqu'elle mobilise l'essentiel des outils financiers de la politique sociale.

2.7.1 Les dépenses de protection sociale en matière de handicap, de perte d'autonomie et d'exclusion sociale sont limitées

Le montant des dépenses de prestations « sociales » de la PSG s'est élevé à 21,0 MdF CFP (176 M€) en 2017. Rapportée à la population, la dépense par habitant est de 630 € en Polynésie contre 1 700 € en France (y compris outremer).

Les prestations légales concentrent près de $\frac{3}{4}$ des dépenses avec 16,0 MdF CFP en 2017 (134 M€). Leur champ en Polynésie est plus restreint qu'en métropole et dans les DOM et ne couvre pas le risque de pauvreté (RSA) et la perte d'autonomie des personnes âgées (APA). Il n'existe pas d'indemnisation du chômage.

Les prestations extralégales s'élèvent à 5,0 Mds F CFP (42 M€) en 2017. Elles sont constituées de subventions à des établissements sociaux et médico-sociaux (1 539 MF CFP) financés par la branche handicap du RSPF, et des dépenses des fonds d'action sociale (FAS) des trois régimes, gérés par délégation par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE).

Tableau 19 : Répartition des dépenses « sociales » de la PSG (2017, MF CFP)

Prestations légales	16 032 (134 M€)	76 %
Allocations familiales	6 843 (57 M€)	33 %
Minimum vieillesse	5 500 (46 M€)	26 %
Allocation Handicapés	3 689 (31 M€)	17 %
Prestations extralégales	4 995 (42 M€)	24 %
Action sociale	3 456 (29 M€)	16 %
Subventions aux établissements	1 539 (13 M€)	7 %
TOTAL	21 027 (176 M€)	100 %

Source : Consolidation de données CPS. Pour le minimum vieillesse, donnée arrondie faute de détail

Les dépenses de protection sociale offrent une bonne couverture de la branche famille avec les allocations familiales légales (6,9 MdF CFP - 57 M€) et une part importante des dépenses extralégales, environ 1,0 MdF CFP, au bénéfice des enfants scolarisés (cantine scolaires, aide à la rentrée ...). Les prestations diffèrent selon les régimes (cf. annexe 2), notamment avec une allocation par enfant (dès le premier) plus importante pour le RSPF (10 000 F CFP par mois, 84 €) que pour le RGS (7 000 F CFP, 59 €).

En revanche, le handicap, la perte d'autonomie des personnes âgées et les aides sociales sont insuffisamment couverts.

Le risque handicap est couvert par les allocations légales et les subventions aux établissements (1,5 MdF CFP – 13 M€), dont seule une partie accueille des personnes handicapées : environ 340 MF CFP pour les adultes et 320 MF CFP pour les enfants et adolescents), le reste servant essentiellement au placement des mineurs protégés.

La Polynésie française n'a pas instauré d'allocation pour la perte d'autonomie des personnes âgées et les dispositifs de prise en charge sont lacunaires. On compte un centre d'hébergement pour personnes âgées « Te Fare Matahiapo » qui n'héberge que 13 personnes, un dispositif d'aide au maintien à domicile qui a bénéficié à 44 adultes, et l'accueil au sein d'« unités de vie », mode d'hébergement collectif géré par des organismes ou des personnes physiques, sans procédure d'agrément ou de contrôle (environ 20 structures pour adultes).

Enfin, le traitement des situations d'exclusion sociale est assuré par le secteur associatif qui gère les établissements subventionnés (270 MF CFP au titre de l'exclusion sociale). La Polynésie n'a pas instauré de RSA et verse une aide de première nécessité limitée (240 MF CFP au FAS du RSPF, soit 2,0 M€).

2.7.2 Le dispositif des prestations sociales est disparate et pourrait être simplifié

Les documents communiqués à la mission, sans permettre un inventaire exhaustif, inventorient plusieurs dizaines d'aides, parfois sur des périmètres très réduits qui laissent imaginer la lisibilité pour le moins confuse pour les publics concernés, mais également les difficultés de gestion pour l'administration.

Les travailleurs sociaux – dont l'effectif est de 90 personnes - souffrent de procédures chronophages, qui concentrent leur action sur le traitement des demandes (évaluation, suivi) plutôt que sur l'accompagnement et la réinsertion des bénéficiaires d'aides sociales. Les associations impliquées dans l'action sociale déplorent également les mêmes difficultés.

La simplification administrative du dispositif d'aides permettrait de dégager le temps nécessaire à l'amélioration de la détection et l'accompagnement social des bénéficiaires. Certaines populations ne sont toujours pas touchées en raison de leur éloignement géographique (vallées, îlots éloignés) ou de leur réticence culturelle à solliciter une aide. L'identification des besoins, qui s'appuie aujourd'hui sur le seul recueil de signalements, devrait s'ouvrir à une méthodologie plus robuste et exhaustive.

La création d'une allocation universelle a été un temps envisagée, mais s'est heurtée à des réticences politiques de crainte de reproduire un modèle ultramarin considéré comme trop dépendant aux minimas sociaux. Moins ambitieuse, la simplification des dispositifs administratifs (ex : homogénéisation des différentes allocations) constituerait néanmoins une première étape d'allègement efficace.

Recommandation n°14 : Simplifier le dispositif d'aide sociale des Fonds d'action sociale en réduisant le nombre d'aides et en harmonisant leurs conditions d'attribution

2.8 L'équilibre du financement, entre cotisations et fiscalité, devrait être infléchi

En 2017, 69 % des ressources de la PSG proviennent des cotisations versées par les employeurs, les salariés et les non-salariés. En sus de ces cotisations, la fiscalité affectée via le FELP (dont la ressource principale est la contribution de solidarité territoriale (CST) complétée par des taxes diverses), représente 22,5 % des ressources, le solde venant des concours du Pays (2,1 %), de l'Etat (1,1 %) et 5,2 % des autres produits. La part des cotisations dans le financement, autour de 70 %, est constante depuis 2005. L'assiette des prélèvements repose principalement sur les revenus d'activité, et peu sur la consommation ou les revenus financiers.

La situation financière de la PSG est donc très directement liée à la conjoncture économique, et en particulier à l'évolution de l'emploi salarié. Le taux moyen des charges sociales (30,2 % pour les employeurs, 12,4 % pour les salariés) est déjà important, et contribue à un coût du travail élevé : il n'y a donc pas de possibilités d'un accroissement significatif sans effet dépressif sur l'économie. Le régime des salariés finance de plus des prestations comme l'ASPA, dont peuvent bénéficier les assurés du RNS, qui n'ont pas d'obligation d'affiliation à un régime de retraite.

En même temps, le champ de la protection sociale reste limité, en dehors de la vieillesse et de la maladie, dont les coûts sont en croissance du fait de la démographie, de l'épidémiologie, et des progrès thérapeutiques. Le gouvernement de Polynésie souhaite légitimement mieux couvrir la perte d'autonomie des personnes âgées (dont le nombre et la part dans la population va croître), le handicap et les personnes vulnérables⁴⁴.

Pour diminuer la sensibilité du financement de la PSG à la conjoncture, et en élargir le champ, une part accrue de financement par la fiscalité est donc à envisager. Les spécificités du système fiscal polynésien⁴⁵ (pas d'impôt sur le revenu –même si la CST en tient lieu pour partie-, faible imposition des revenus du patrimoine, pas de droits de succession notamment) montrent que cette piste pourrait être explorée.

Recommandation n°15 : Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la PSG entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes

3 LE BILAN DE LA CONVENTION DE 2015 ENTRE L'ETAT ET LE PAYS INCITE A REDEFINIR LES CIBLES ET LES MODALITES DE GESTION D'UNE FUTURE CONVENTION

Après une période de vacance depuis 2017, c'est sur la base des recommandations formulées dans le rapport des inspections de juin 2014 qu'une nouvelle convention était signée par le Premier ministre, les ministres des affaires sociales et de l'outre-mer avec le Président Fritch. Elle était cependant limitée à une période de trois années (2015-2017) et était assortie d'engagements du Pays portant sur des réformes structurelles comprenant 12 mesures à étudier, finaliser et/ou mettre en œuvre. Destinée au RSPF la dotation annuelle de l'Etat s'élevait à 12 M€ complétée par l'annulation pour

⁴⁴ Cf. « La politique de santé de la Polynésie française – Orientations stratégiques 2016-2025 » JOPF 24 février 2016

⁴⁵ Cf. rapport thématique de la Cour des Comptes relatif à l'autonomie fiscale en outre –mer, novembre 2013

6 M€ de la dette au 31 décembre 2014 du Pays vis-à-vis des établissements de santé relevant de l'APHP.

Parmi les douze engagements pris par le Pays un seul concernait le RSPF, les autres intéressaient l'organisation sanitaire, les recettes des régimes, le mode de rémunération des professionnels de santé publics ou libéraux, le médicament, le mode de financement des établissements de soins ou la productivité de la CPS. A la convention était annexé un tableau des mesures assorties de leurs modalités, de leur impact budgétaire et d'un calendrier sur les trois années de la convention.

A la différence des deux premières conventions, celle-ci ne comprenait aucune mesure portant sur la santé publique. Elle revêtait un caractère essentiellement financier. Marquée par la situation économique et financière très défavorable que connaissait encore la Polynésie à l'époque, elle visait d'abord à redresser les comptes sociaux de la PSG et pour cela à engager des réformes structurelles.

3.1 L'exécution de la convention a commencé tardivement mais des avancées significatives ont été réalisées

3.1.1 Les moyens financiers de la convention ne sont plus déterminants pour l'équilibre de la PSG, et ne constituent qu'une très faible part des soutiens de l'Etat à la Polynésie

La contribution totale au financement du RSPF s'est élevée à 48 M€, ce qui a représenté une contribution modeste au regard du volume des recettes du régime (4,8 %), mais essentielle à son équilibre sur la période de la convention (28 M€ d'excédents cumulés sur les 4 ans en comptant la contribution de l'Etat de 48 M€).

Même si l'ensemble des moyens prévus n'a pas été mis en œuvre, l'objectif de la convention a été atteint, avec un rééquilibrage significatif des comptes de la PSG. L'amélioration de la situation économique y a fortement contribué en permettant l'augmentation des recettes, mais les efforts du Pays ont contribué à modérer les dépenses : les équilibres financiers de la PSG se sont nettement améliorés, les deux derniers exercices en 2017 et 2018 étant même excédentaires (voir Annexe 2 sur la protection sociale).

Les enjeux financiers de la convention étaient également modestes au regard de l'ensemble des soutiens importants et diversifiés de l'Etat au titre de la solidarité nationale. La dépense de l'Etat en Polynésie, selon le document de politique transversale annexé à la loi de finances pour 2019 a été au titre de l'ensemble des programmes, de 1,264 Md€ d'AE et 1,261 Md€ de CP (150,757 MdF CFP) en 2018, soit environ 27 % du PIB du territoire. Au niveau sectoriel, et même s'il s'agit d'une compétence transférée, l'Etat continue à assurer la rémunération des personnels de l'Education nationale qui représentent près d'un tiers des concours annuels (508 M€⁴⁶ selon la Cour des comptes). Les apports de l'Etat au financement de la protection sociale, et plus particulièrement celui de la convention, ne constituent qu'une faible part de ces concours (cf. *supra* 1.1.4).

⁴⁶ Pour 4785 enseignants en service, dont le coût unitaire est supérieur de 124 % à celui de la métropole du fait du régime particulier de rémunération.

3.1.2 Certains engagements ont été respectés et d'autres ont été écartés ou sont encore à concrétiser

La mission s'est appuyée sur le bilan déclaratif communiqué par le Pays à l'occasion des différents comités de pilotage de la convention. A cet égard les modalités d'évaluation auraient mérité d'être mieux précisées et appuyées par des indicateurs de résultats, plus particulièrement sur l'efficience et l'impact sur l'équilibre de la PSG qui était au cœur de la convention.

Sous ces réserves, le bilan témoigne d'une mise en œuvre partielle par le Pays des 12 engagements de la convention. Quatre sont déclarés réalisés (totalement ou partiellement), quatre sont en cours, et quatre présentent des difficultés d'avancement.

Quatre mesures ont été déclarées comme achevées, totalement ou partiellement. Le bilan de leur exécution qu'a pu effectuer la mission relève les points suivants :

- Le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021 a été approuvé le 16 février 2016 par l'Assemblée de la Polynésie française. La mise en œuvre du SOS, qui conditionne la bonne réalisation de nombreuses actions de la convention, s'est essentiellement traduite par l'installation de l'Autorité de régulation de l'action sociale et sanitaire (ARASS) le 12 octobre 2017.
- La réforme des conditions d'admission au régime de solidarité a été entreprise dès 2015 et prévoit notamment la centralisation du traitement des admissions à la CPS et la modification des seuils de revenus (voir Annexe 3 sur le RSPF).
- Les modalités de versement de la contribution du Pays au Fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES) ont été approuvées.
- Le financement des établissements de soins s'appuie sur une dotation globale de fonctionnement (DGF). Les travaux sur leur mode de calcul, qui repose sur la qualification des PMSI⁴⁷, et sur leur valorisation ont été menés en 2018. Toutefois la mise en œuvre de ces modalités de calcul est contestée tant par le CHPF que par les cliniques, l'une d'entre elles ayant même introduit un contentieux administratif.

La convention présente un bilan mitigé avec deux tiers des engagements toujours en cours de réalisation. Le maintien d'un contexte économique difficile explique que le Pays ait différé ou écarté des mesures importantes, notamment le refus d'augmenter les cotisations du RGS et du RNS qui étaient comptées pour 22,4 M€. Toutefois certaines réformes structurelles peinent toujours à être entreprises :

- Les rémunérations des professionnels de santé n'ont pas été révisées (6,7 M€ d'économies attendues), même si elles n'ont pas évolué durant la période de la convention, voire depuis plus de 9 ans pour les médecins généralistes. La révision attendue de la rémunération des gardes et des astreintes au CHPF (cf. *supra* 2.3.5.3) n'a pas été entreprise et nécessiterait une réforme du statut des personnels hospitaliers que le Pays ne souhaite pas entreprendre à l'heure actuelle.
- La télémédecine se heurte toujours à l'installation d'infrastructures de télécommunication performantes dans les archipels les plus éloignées. L'installation de l'infrastructure par câbles se poursuivait toujours début 2019 afin d'assurer un socle technique, mais il devra être complété par l'installation d'outils de télémédecine, encore embryonnaire dans le Pays (voir Annexe 5 Les surcoûts structurels).

⁴⁷ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

La réforme de la PSG a été entamée tardivement et porte essentiellement sur le risque vieillesse (voir Annexe 2). La branche maladie a été peu réformée malgré un programme de mesures ambitieux fixé dans la convention. Les mesures de responsabilisation financière des patients (ticket modérateur, forfait hospitalier) n'ont pas été instaurées. La définition d'un objectif de dépenses présentant des projections pluriannuelles n'est toujours pas établie.

3.1.3 En particulier, la réduction des tarifs appliqués aux patients polynésiens hospitalisés en métropole, et réciproquement des tarifs appliqués aux ressortissants de la sécurité sociale en Polynésie, tarde à être mise en œuvre

Conformément à la convention, les dettes de la CPS (au 31/12/2014) auprès de l'APHP ont été éteintes avec la dotation de 6 M€ versée par l'Etat à l'APHP.

Mais l'alignement des tarifs des assurés polynésiens en métropole, qui a pourtant été inscrit dans la loi et est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017⁴⁸, n'a toujours pas été mis en œuvre. Si la facturation des séjours est bien légalement passée du tarif journalier de prestation (TJP) au groupe homogène de séjour (GHS), les principaux établissements accueillant des assurés polynésiens (dont l'AP-HP) ont continué à émettre leurs factures sur la base inchangée des forfaits journaliers tout au long de 2017 et de 2018. L'AP-HP, interrogée par la mission, a expliqué cette non-application de la loi par des contraintes matérielles liées aux circuits de facturation.

La mission des inspections n'avait pas vocation à étudier et recommander une solution particulière à cette difficulté, mais ne peut que constater que la loi n'est pas aujourd'hui appliquée, et que cette non application induit une surfacturation au détriment de la CPS de l'ordre de 5 M€ annuels par l'APHP, soit 10 M€ depuis l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2017. Cette situation doit donc impérativement être réglée dans les meilleurs délais par les administrations compétentes (DSS, CPS, ATIH, APHP).

Recommandation n°16 : S'assurer du remboursement à la CPS du trop facturé par les établissements métropolitains et mettre en place d'ici fin 2019 un mécanisme permettant l'application de la LFSS 2017.

Par mesure de réciprocité la Polynésie s'est engagée conventionnellement à réduire les tarifs pratiqués par le CHPF aux assurés métropolitains dès 2017, mais cet engagement n'a pas été mis en œuvre.

La facturation des soins délivrés aux personnes affiliés à l'un des régimes de Sécurité sociale métropolitains repose sur un tarif de prestations conçu, pour ce qui concerne l'hospitalisation, sur une facturation à la journée et pour le reste sur un tarif spécifique au CHPF.

Une série de relèvement tarifaire sur la période 2011-2015 a conduit le CHPF à pratiquer des tarifs exorbitants (cf. *supra* 2.3.4.4). A titre d'illustration une journée en médecine est facturée 285 000 F CFP en 2018 (2 382 €) soit près du triple du coût d'une journée en CHU. Sur la base d'une durée moyenne de séjour en médecine (5,49 au CHPF) le séjour moyen serait ainsi facturé entre 11 940 € et 14 328 € selon que l'on facture 5 ou 6 jours.

⁴⁸ Loi de financement de la sécurité sociale n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 (article 82)

La Polynésie s'est jusqu'ici opposée à la révision tarifaire au motif - qui devrait finir par être levé - du maintien de la tarification à la journée dans les établissements métropolitains. S'y ajoute la perte de recettes préjudiciable au CHPF qu'entraînerait l'utilisation de la T2A et qui serait, d'après le Pays et les premières simulations de la mission, d'environ 32 M€⁴⁹.

Recommandation n°17 : Rapprocher le traitement tarifaire au CHPF des ressortissants de la sécurité sociale de celui des ressortissants de la CPS.

3.2 Le mode de pilotage de la convention a été source d'incompréhensions et de frustrations réciproques

Un comité de pilotage prévu par la convention, co-présidé par le Président du pays et le Haut-Commissaire et chargé de « veiller à la bonne exécution de la convention » associait les représentants des administrations centrales : directions de l'outre-mer, du budget, et des affaires sociales (sécurité sociale et secrétariat général).

La mise en œuvre d'une convention d'une telle ambition sur une période limitée à trois années recelait en elle-même ses propres difficultés d'exécution :

- Alors que ces mesures relevaient pour l'essentiel des compétences exclusives du Pays en matière de santé un tableau de marche, définissant l'objectif de chacune des mesures mais également leurs modalités, daté et chiffré de surcroît, lui était prescrit. A une définition commune des objectifs était substituée une volonté des administrations nationales de les co-définir jusque dans leurs modalités de mise en œuvre et dans leur cadencement sur les trois années de la convention, sans que le contexte spécifique de la Polynésie soit suffisamment pris en compte.
- Alors que celle-ci marquait la reprise du partenariat entre l'Etat et le Pays après une interruption de près de huit ans la menace d'une absence de versement de la dotation au RSPF « seul amortisseur social de la collectivité » selon les termes de la convention, était avancée.

Le travail mené sur plusieurs semaines d'élaboration du tableau de suivi des engagements préparatoire à chaque réunion semestrielle du comité de pilotage a engendré la frustration des administrations centrales qui considéraient ne pas disposer de toutes les informations nécessaires, que le calendrier d'exécution des mesures n'était pas tenu et qu'en conséquence la conditionnalité mise au versement de la dotation devait jouer. Elles observaient enfin que malgré leurs réticences la dotation de l'Etat était en définitive versée à temps ce pour quoi les services du haut-commissaire déployaient tous leurs efforts.

Au total il s'est agi d'un exercice assez formel, consommateur d'énergies pour des administrations centrales aux moyens comptés sur ce sujet mais éloignées des contraintes pesant sur le gouvernement polynésien, maître en définitive du calendrier et du contenu des réformes structurelles.

⁴⁹ L'affiliation des fonctionnaires d'Etat à la CPS que préconise la mission impliquerait un alignement automatique sur les modalités globales d'allocation de ressources par la CPS, mais la perception des recettes complémentaires de cotisations permettrait à la CPS de revoir le montant de la dotation.

3.3 Le chiffrage des surcoûts structurels reste aléatoire et peu opérationnel pour fonder un soutien de l'Etat au Pays

La lettre de mission demandait "l'identification et l'analyse des surcoûts structurels qu'engendrent la situation géographique et archipélagique singulière de la Polynésie française, la prévalence accrue de certaines pathologies et le sur-risque qui est lié à la pauvreté relative". Les surcoûts structurels reprenaient ainsi les évacuations sanitaires et le profil épidémiologique de la Polynésie, déjà chiffrés dans la convention de 2015, tout en ajoutant la notion de pauvreté relative.

La mission a d'abord entrepris d'actualiser le chiffrage des surcoûts structurels évalués à 46 M€ dans la convention 2015-2017. La construction d'une base de calcul s'est avérée nécessaire, faute d'éléments sur le chiffrage effectué à l'époque, mais s'est heurtée à des biais méthodologiques significatifs. Parmi ceux-ci l'établissement du seuil au-delà duquel le coût devient surcoût, et la prise en compte de sous-coûts, identifiés par exemple sur la moindre prévalence de certaines pathologies. Ces éléments ont conduit la mission à écarter la faisabilité d'un chiffrage global, mais à proposer quelques éléments de coûts spécifiques à la Polynésie aux chapitres 3.3.1 (EVASAN) et 3.3.2 (profil pathologique) *infra* qui pourront éventuellement alimenter une nouvelle convention.

La mission a par ailleurs rencontré des difficultés similaires pour l'évaluation du « *sur-risque lié à la pauvreté relative* », notion nouvelle qui ne figurait pas dans la convention 2015-2017. L'établissement des bases méthodologiques s'est en effet avéré complexe pour plusieurs raisons, à commencer par la définition même de cette notion, ce qui a conduit la mission à proposer une approche alternative consistant non pas à chiffrer des conséquences, mais plutôt à identifier les moyens nécessaires pour réduire le « sur-risque ». Ces travaux font l'objet d'une annexe spécifique (Annexe 7 « Les aides et l'action sociale »).

3.3.1 Les EVASAN engendrent des surcoûts

L'insuffisance de l'offre de soins dans les îles et à Tahiti engendre des évacuations sanitaires (Evasan) dites « inter-îles » (vers Tahiti et inter-archipels) et internationales.

Le coût global supporté en 2017 par la CPS s'élève 5 831 MF CFP (48,8 M€) dont 1 831 MF CFP (15,3 M€) pour les Evasan inter-îles⁵⁰ et 4 000 MF CFP (33,5 M€) pour les Evasan internationales. Ces dernières sont essentiellement des dépenses de soins réalisées en métropole ou en Nouvelle Zélande, les premières comprennent essentiellement des dépenses de transport aérien⁵¹. Ensemble ces dépenses supportées par la CPS représentent près de 11 % de la dépense maladie du Pays.

Alors que le nombre de patients "évasanés" vers la métropole ou vers la Nouvelle Zélande varie peu d'une année à l'autre (entre 600 et 700 par an dont les deux tiers vers la métropole) le nombre de patients "evasanés" entre les îles (vers Papeete) s'accroît régulièrement : 14 966 en 2015, 15 743 en 2016 et 16 272 en 2017, pour une population hors de l'île de Tahiti de 80 000 habitants environ.

⁵⁰ Coût d'hébergement compris et hors frais de soins pour les evasan inter-îles ; transport, soins et hébergement pour les evasan internationales.

⁵¹ Les dépenses de soins liées aux evasan inter-îles sont comptabilisées en dépenses maladie. De ce fait, le total de 5,831 MF CFP ne correspond pas à un périmètre homogène.

Le Pays a engagé plusieurs mesures permettant de réduire le nombre d'evasan⁵². La mission propose que l'Etat accompagne cet effort particulièrement pour la télémédecine et poursuive les aides à l'investissement sur des projets de soins (chimiothérapies, mammographes) dans les îles qui permettent de les limiter.

Le Pays affronte des contraintes lourdes pour assurer les transports des patients par voie aérienne: distances, nombre limité d'aéroports ouverts de nuit etc. C'est particulièrement vrai pour les urgences médicales (10 % des évacuations sanitaires inter-îles) qui ne peuvent être assurées qu'avec des moyens militaires qui viennent en complément des moyens aériens civils, lorsque ceux-ci sont indisponibles ou inadaptés.

Pour l'année 2016 la facture de transports urgents est répartie presque pour moitié entre les moyens civils et les moyens militaires, alors que ces derniers n'ont représenté qu'un peu plus de 10 % des évacuations.

S'agissant des evasan internationales leur gestion complexe engendre des surcoûts de logistique médicale particuliers. Suivant la convention passée entre le Pays et le prestataire Europ assistance cette gestion comprend en particulier la mise à disposition d'une escorte médicale et d'un matériel médical "adapté aux spécificités des évacuations sanitaires longue distance" (pas moins de 20h entre l'aéroport de Faa et Roissy) la logistique spécifique du vol avec "la mise en place de civières, d'oxygène ou autres moyens spéciaux" ainsi qu'"une évaluation médicale systématique du patient avant son retour".

Les difficultés liées à l'accompagnement du séjour en métropole doivent être prises en considération. Près des deux tiers des patients sont accompagnés par des proches. La ligue contre le cancer a énoncé les graves difficultés que rencontrent en métropole le patient et son accompagnateur en raison de la longueur du séjour, d'une durée moyenne d'un mois et demi, et de ses conséquences en termes de déracinement, de coûts d'hébergement, ou d'interruption d'activité... L'assemblée de Polynésie a récemment consacré un rapport à ce sujet⁵³.

Recommandation n°18 : Envisager la prise en charge par l'Etat d'une partie du surcoût des frais de transport des evasan inter îles et des frais indirects des evasan internationales

3.3.2 Le « surcoût structurel » lié à la prévalence accrue de certaines pathologies n'est pas chiffrable et la notion doit être dépassée

Comme l'a souligné l'INVS, les pathologies liées à des comportements à risque ont connu en Polynésie un développement préoccupant comparativement à la situation en métropole. Elles constituent de ce fait une première catégorie de sur-risque pathologique.

Faute de données épidémiologiques exhaustives la mission a tenté d'évaluer ces sur-risques en s'appuyant sur les données de dépenses de la CPS, notamment celles liées au dispositif Longue Maladie qui ont été rapprochées, à fin comparative, des données issues du dispositif des Affections Longue Durée (ALD) en France métropolitaine.

⁵² En Nouvelle Calédonie, où la dépense des Evasan est supérieure, une expérience de venue de spécialistes de métropole pour effectuer de façon groupée des interventions spécialisées vise à réduire cette charge.

⁵³ Rapport final de la mission d'information « sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs ». 22 mars 2018

Tableau 20 : Pathologies les plus prévalentes (/100 000 h) sein de la liste ALD et LM (2017)

Affections Longue Durée (ALD, France)		Longue Maladie (LM, Polynésie)	
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4356	Hypertension artérielle	4 470
Tumeur maligne	3460	Diabète sucré	3 913
Affections psychiatriques de longue durée	2261	Affection pulmonaires nca	2 978
Maladie coronaire	1956	Autres maladies cardio-vasculaires	2 533
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	1826	Tumeur Maligne	2 203

Source : CPS pour les LM et prévalence en % du nombre d'assurés CPS, Ameli pour les ALD

Une première réserve doit être faite sur la base du caractère non superposable des deux systèmes (ALD et LM) du fait de nomenclatures des pathologies différentes.

Cette méthode s'est également heurtée à de nombreux biais méthodologiques. D'une part les données relatives aux pathologies des listes LM/ALD ne sont pas des données épidémiologiques mais le résultat de procédures d'admission. Ainsi la prévalence de l'hypertension, au sens épidémiologique (HTA connue et traitée), est de l'ordre de 30 % en métropole⁵⁴, bien supérieure aux taux d'admission à l'ALD et la LM. D'autre part, les coûts relatifs à ces pathologies devraient être « standardisés » afin d'éliminer l'effet de facteurs structurels qui ne constituent pas, à proprement parler, des surcoûts (ex : modalités thérapeutiques de prise en charge, effets prix des produits et prestations ...)

Il n'est donc pas possible actuellement d'identifier avec précision et robustesse les conséquences financières d'une surprévalence pathologique structurellement liée à la situation de la Polynésie. Il est même peu probable que l'exercice puisse aboutir à une solution univoque, ce qui doit inviter l'Etat et la Polynésie à dépasser cette notion de surcoûts et à trouver un autre support méthodologique au dimensionnement financier de la convention.

Toutefois afin de proposer des éléments de cadrage financier dans l'éventualité d'une nouvelle convention, la mission a retenu à titre d'illustration deux pathologies caractéristiques et a exposé les dépenses associées – et non les surcoûts :

- Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est inscrit sur la liste des « longues maladies » et comptait 3 837 patients en 2017 ce qui en fait la 7^e LM. La pathologie affecte spécifiquement les îles du Pacifique. Le coût annuel du RAA pour la CPS s'est élevé à 649,5 MF CFP (5,4 M€) en 2015 pour les monopathologies, c'est-à-dire les patients dont c'est la seule affection longue maladie listée.
- En 2016, l'incidence globale de l'insuffisance rénale chronique en France⁵⁵ est de 165 pmh (11 029 patients nouveaux). Selon la même source la prévalence de l'IRCT était pour la même année de 1262 pmh soit 84 683 patients dont 46 872 relevaient de dialyse pendant que 37 811 étaient porteurs d'un greffon. La proportion de dialysés au sein de la population métropolitaine appliquée à la population de la Polynésie conduit à estimer un nombre virtuel de dialysés à 190-200 patients ; or 418 personnes sont traitées en Polynésie tous modes confondus.

⁵⁴ Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olie V. « L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006 ». http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/2018_10_1.html. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(10):170-9.

⁵⁵ Rapport annuel REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie) 2016 publié par l'Agence de biomédecine

L'approche médico-économique de la prise en charge de l'IRCT en général et des traitements de suppléance (dialyse) en particulier demeure complexe et approximative. Concernant la dialyse le coût moyen annuel calculé sur le coût global estimé par les autorités polynésiennes, très inférieur à la norme métropolitaine est d'environ 31 000 €/an/patient (valeur 2014). Tous modes de suppléance confondus le coût moyen annuel d'un patient en Métropole est d'environ 63 000 € (valeur 2016). Un tel écart conjugué au défaut d'exhaustivité évoqué *supra* conduit à réserver toute conclusion sur ce sujet.

Comme le mentionne le rapport REIN déjà cité l'incidence brute globale de l'IRCT dans l'ensemble des DOM-TOM invite à surveiller l'épidémiologie du diabète et de l'hypertension artérielle. La prévalence de l'obésité elle-même liée au comportement alimentaire de la population polynésienne est un autre facteur repéré de l'aggravation de l'IRCT. Le faible recours à la greffe, s'il perdure, ne fera qu'accentuer sa prévalence. Aussi une progression des coûts qu'il convient d'anticiper semble inéluctable et son ampleur est susceptible de compromettre durablement l'équilibre des comptes sur le risque santé.

3.4 La mission préconise un changement de ciblage d'une nouvelle convention, et d'organiser un mode de pilotage simplifié et respectueux de l'autonomie du Pays

La mission a acquis la conviction, au cours de son déplacement et des entretiens qu'elle a conduits, que l'effort de solidarité nationale au profit de la collectivité d'outre-mer qu'est la Polynésie ne doit pas être relâché en matière d'appui aux politiques sanitaires et sociales.

L'isolement de ce territoire de la République, et en son sein de ses îles habitées mais éloignées du centre de Tahiti, rendent en effet l'accès à un soin de qualité non seulement intrinsèquement difficile mais également très inégal selon que ces citoyens habitent un atoll des Tuamotu, une île des Marquises ou des Australes.

Comme l'a relevé la Cour des Comptes dans son rapport de juin 2014 relatif à la santé dans les outre-mer : "Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer." Et quels que soient les efforts déployés par ce Pays à la population d'un petit département métropolitain, ceux-ci ne reposent que sur des compétences peu nombreuses, et parfois les plus spécialisées manquent quand il s'agit de développer des projets complexes.

Pour autant la Polynésie aux termes de sa loi organique « *se gouverne librement et démocratiquement* » et les textes successifs ont renforcé régulièrement l'autonomie administrative dont elle jouit. Le projet de loi organique déposé le décembre 2018 n'y déroge pas. Elle est seule compétente en matière de protection sociale qu'il s'agisse de l'action sociale, de la protection sociale, de la prévention ou de l'organisation sanitaire.

C'est donc la limite de l'intervention de l'Etat aux côtés de la Polynésie. L'Etat peut accompagner sans prescrire, appuyer de ses compétences des projets du Pays sans les « piloter » ou indiquer une trajectoire sans en définir le rythme ou ses ajustements. Comme le prévoit d'ailleurs l'article 1^{er} de la loi dite « égalité réelle » du 28 février 2017 les politiques publiques et les objectifs – notamment de résorption des écarts de niveaux de développement en matière économique, sociale, sanitaire, de protection et de valorisation environnementales ainsi que de différence d'accès aux soins - doivent

être « *définis en concertation* » par l'Etat, les acteurs économiques et sociaux, et les collectivités territoriales régies par les articles 73 et 74 de la Constitution, dont la Polynésie fait partie.

Cet accompagnement doit donc se faire dans la concertation avec le Pays : la loi précitée a défini un cadre juridique pour mettre en œuvre par contrats cette convergence sur une longue durée. Le Pays n'y a pas encore répondu. En matière de protection sociale une nouvelle convention entre l'Etat et le Pays pourra le cas échéant, se fonder dans le « *contrat de convergence* » tel que défini par la loi « *égalité réelle* ».

Dans cet esprit la mission propose que la forme de la convention suive les recommandations suivantes:

Recommandation n°19 : Etendre la durée de la convention à cinq ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier et mettre en œuvre des réformes structurelles, et pour produire les éléments d'évaluation.

Recommandation n°20 : Donner aux futurs engagements des objectifs précis et mesurables, ne se limitant pas à des objectifs financiers mais comprenant également des objectifs de santé publique.

Recommandation n°21 : Prévoir des modalités de suivi des engagements respectueuses du principe d'autonomie de la collectivité en matière de santé, qu'il s'agisse de moyens financiers, organisationnels et de rythme de mise en place.

Ce suivi pourrait se limiter à la production d'un rapport annuel d'avancement documenté et étayé, adressé au premier ministre, et prévoir en cas de besoin une évaluation finale par les inspections.

La convention signée en avril 2015 avait un objet limité au financement de la protection sociale et, dans une moindre mesure, à l'organisation sanitaire. La mission propose de modifier la finalité de la prochaine convention en passant d'une logique d'appui au régime du RSPF - aujourd'hui proche d'un équilibre qu'il appartient en tout état de cause au Pays d'assurer comme pour l'ensemble des régimes - à un appui aux politiques sanitaires et sociales à développer ou à construire par le Pays pour l'ensemble des Polynésiens.

En cela la mission rejoint l'approche renouvelée retenue par les accords de l'Elysée du 17 mars 2017 qui ont soutenu la création d'un service d'oncologie au CHPF ou repris les plans et programmes prévus par la stratégie nationale concernant l'outre-mer. La mission s'est donc attachée dans ses recommandations à rechercher celles des interventions de l'Etat qui, dans l'esprit de la loi égalité réelle, peuvent contribuer « *à compenser les handicaps structurels* » liés à « *la situation géographique, l'isolement, la superficie et [...] à assurer l'accès de tous aux soins* » en Polynésie française.

Cette convention pourrait énoncer les formes de l'appui que la métropole pourrait apporter au Pays et qui pourraient être de deux ordres :

- un appui technique par l'intervention – à la demande – d'agences relevant du ministère de la santé : pour faciliter la mise en œuvre de leur intervention, la convention pourrait définir une enveloppe financière au bénéfice du Pays qui serait autant de droits de tirage à son initiative;
- un appui financier : sous la forme d'aides à l'investissement en priorité, et ponctuellement d'aides au fonctionnement justifiées par des surcoûts objectifs (coût des évacuations par exemple).

Recommandation n°22 : Dans le cadre de la prochaine convention privilégier une logique de financement de projets en soutien des politiques sanitaires et sociales en Polynésie

Encadré : Propositions de thématiques

Au titre des « handicaps » liés aux contraintes géographiques :

- Aides à l'investissement (chimiothérapies et mammographes dans les îles) permettant de réduire les evasan ;
- Appui technique d'abord puis aide à l'investissement dans le domaine de la télémédecine ;
- Prise en charge d'une partie du surcoût des frais de transport des evasan inter-îles, et des frais indirects induits par les evasan internationales.

Au titre de l'accès aux soins et de l'appui aux politiques de santé publique :

- Inclure l'offre sanitaire dans le dispositif national de recueil de données de l'ATIH ou de Santé Publique France pour situer la Polynésie par rapport à la métropole et aux DOM ;
- Appui au programme de développement des structures de soins primaires ;
- Appui des agences de l'Etat aux politiques de prévention (surpoids et obésité, lutte contre les addictions, lutte contre les infections à transmission vectorielle) ;
- Appui à des politiques curatives : cancers (technique et financier), santé mentale (technique et financier).

LISTE DES RECOMMANDATIONS

N°	Renfort par la Polynésie de la Protection Sociale Généralisée
2	Evaluer au sein du nouveau Conseil d'orientation et de suivi des retraites les réformes nécessaires au rétablissement de l'équilibre de la tranche B du régime de retraite du régime général des salariés (RGS).
13	Engager, au besoin avec le concours de conseils extérieurs, une réflexion sur le modèle de protection sociale « PSG2 » et sur le chemin critique de passage de l'organisation actuelle à la cible.
14	Simplifier le dispositif d'aide sociale des Fonds d'action sociale en réduisant le nombre d'aides et en harmonisant leurs conditions d'attribution.
15	Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la protection sociale généralisée entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes.
N°	Réforme par la Polynésie du risque maladie
1	Renforcer le rôle de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) dans la négociation budgétaire et tarifaire avec les fournisseurs de soins.
4	Préciser les modalités de mise en œuvre et chiffrer le coût de chacun des plans de santé publique et des politiques de solidarité, et l'intégrer à un document de programmation budgétaire.
5	Provisionner partiellement au Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) l'amortissement de la partie immobilière des investissements.
6	Revoir le dispositif de rémunération des gardes et astreintes, générateur de pratiques individuelles peu contrôlées (transformations des astreintes en gardes) et d'iniquité.
8	Améliorer le système d'allocations actuel des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés en l'indexant plus directement sur l'activité et en le rendant plus transparent.
9	Missionner un cabinet ou une autorité indépendante afin d'accompagner le projet de regroupement des cliniques autour d'un projet médical commun partagé.
11	Faire évoluer le mode de rémunération des professionnels de santé en introduisant une part liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.
12	Affilier les fonctionnaires d'État et leurs ayant-droits à la Caisse de prévoyance sociale (CPS) pour le risque maladie
16	S'assurer du remboursement à la CPS du trop facturé par les établissements métropolitains et mettre en place d'ici fin 2019 un mécanisme permettant l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale 2017.
17	Rapprocher le traitement tarifaire au centre hospitalier des ressortissants de la sécurité sociale de celui des ressortissants de la Caisse de prévoyance sociale.

N°	Appui financier de l'Etat aux politiques publiques polynésiennes
3	Mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique et les systèmes d'information au profit de la Polynésie pour développer les études et analyses sanitaires, sociales et épidémiologiques.
7	Poursuivre et achever la démarche conjointe Etat/Centre hospitalier de la Polynésie française d'élaboration du plan de continuité d'activité du Centre hospitalier, notamment pour la mise en sécurité d'un stock stratégique de médicaments pour la Polynésie.
10	Appuyer par les agences nationales le développement de la télémédecine en Polynésie
N°	Soutien technique de la Polynésie par les administrations et les agences de l'Etat
18	Envisager la prise en charge par l'Etat d'une partie du surcoût des frais de transport des évacuations sanitaires interîles et des frais indirects des évacuations sanitaires internationales
22	Dans le cadre de la prochaine convention privilégier une logique de financement de projets en soutien des politiques sanitaires et sociales en Polynésie
N°	Evolution des modalités conventionnelles
19	Etendre la durée de la convention à cinq ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier et mettre en œuvre des réformes structurelles, et pour produire les éléments d'évaluation.
20	Donner aux futurs engagements des objectifs précis et mesurables, ne se limitant pas à des objectifs financiers mais comprenant également des objectifs de santé publique.
21	Prévoir des modalités de suivi des engagements respectueuses du principe d'autonomie de la collectivité en matière de santé, qu'il s'agisse de moyens financiers, organisationnels et de rythme de mise en place.

LETTRE DE MISSION



LA MINISTRE DES SOLIDARITES
ET DE LA SANTE

LA MINISTRE
DES OUTRE-MER

LE MINISTRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Paris, le 23 mai 2018

Madame la cheffe du service de l'Inspection générale
des finances

Madame la cheffe de l'Inspection générale
des affaires sociales

Monsieur le chef de service de l'inspection générale
de l'administration

Objet : Mission d'appui au gouvernement de la Polynésie française pour la réalisation d'un diagnostic et la définition d'un plan d'actions en matière de solidarité et de santé.

Dans le cadre de la poursuite du partenariat Etat/Pays, envisagée par l'Accord pour le développement de la Polynésie française signé le 17 mars 2017, le Président de la Polynésie française a adressé à la Ministre des Outre-mer, par courrier du 29 décembre 2017, une demande de mission d'appui des trois inspections générales dans les domaines de la santé et de la solidarité en Polynésie française.

Dès 1994, avec le concours de l'Etat, la Polynésie s'est engagée dans la voie de la solidarité, en instituant la protection sociale généralisée (PSG) qui couvre les branches « maladie », « retraites », « handicap et famille » ; elles sont gérées par un seul et même organisme : la caisse de prévoyance sociale (CPS).

La PSG concerne les trois régimes de couverture sociale des Polynésiens, soit 266 705 bénéficiaires en août 2016 (99% de sa population) : le régime général des salariés (RGS), le régime général des non-salariés (RNS) et le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) pour les personnes sans activité déclarée. Ces régimes sont gérés par la caisse de prévoyance sociale (CPS), chacun de manière autonome mais en partageant une trésorerie commune.

Si ce régime a permis une amélioration qualitative significative de l'état de santé des Polynésiens, les équilibres financiers de la PSG dans son ensemble demeurent fragiles.

L'appui financier de l'Etat, interrompu en 2007, a été rétabli à partir de 2015 et centré sur le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) destiné aux plus démunis.

Cet engagement s'est traduit par la signature d'une convention triennale 2015-2017, prolongée d'un an en 2018. Celle-ci prévoit une participation de l'Etat à hauteur de 12 M€ par

an. La collectivité s'est engagée pour sa part à entreprendre des réformes structurelles permettant le retour à l'équilibre des comptes. La convention reprend à ce titre la majorité des recommandations du précédent rapport IGA/IGAS/IGF relatif au « Financement du régime de solidarité de la Polynésie française et des politiques de santé » de 2014, ainsi que celles exprimées par la Chambre territoriale des comptes.

Sur cette base, le gouvernement de la Polynésie française a mis en place une série de mesures identifiées dans le rapport de 2014. Les réformes engagées ont notamment conduit la collectivité à se doter d'un schéma d'organisation sanitaire, qu'elle a commencé à mettre en œuvre. Le gouvernement a de plus proposé une réforme d'ampleur du régime de retraite dont la mise en œuvre a été temporairement suspendue.

A la suite de la sollicitation du Président de la Polynésie française, nous vous demandons de diligenter, dans la continuité de la mission d'appui effectuée en 2014, une mission conjointe chargée d'établir un diagnostic partagé avec le Pays concernant la situation actuelle de la PSG et l'évaluation des actions conduites dans le cadre de la convention 2015-2017.

Vos travaux devront inclure l'identification et l'analyse des surcoûts qu'engendrent la situation géographique et archipélagique singulière de la Polynésie française, la prévalence accrue de certaines pathologies et le « sur-risque » qui est lié à la pauvreté relative.

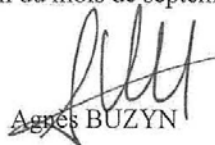
Vous tiendrez compte dans votre analyse des engagements passés, des dispositions de l'Accord pour le développement de la Polynésie française et des conclusions des Assises des outre-mer.

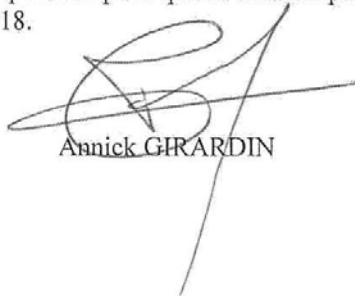
Sur la base de ce diagnostic global, vous proposerez les conditions de la poursuite d'un soutien financier de l'Etat au-delà de 2018 et vous établirez les principaux axes d'un cadre renouvelé d'intervention de l'Etat dans le système de protection sociale polynésien.

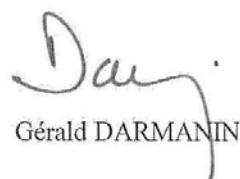
Les services du haut-commissariat, la chambre territoriale des comptes et la direction locale des finances publiques en Polynésie française seront à disposition de la mission pour l'aider dans ses travaux et lui permettre l'accès aux éléments nécessaires à son expertise ainsi qu'à tous les services potentiellement concernés.

Les frais liés à l'exécution de cette mission seront supportés par la collectivité territoriale.

Vous prendrez toute disposition pour que la mission puisse remettre son rapport d'ici la fin du mois de septembre 2018.


Agnès BUZYN


Annick GIRARDIN


Gérald DARMANIN

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Prénom	Nom	Fonction	Institution ou organisme
A PARIS			
Maina	SAGE	Députée	Assemblée nationale
Nicole	SANQUER	Députée	Assemblée nationale
Xavier	BRUNETIERE	Conseiller outremer	Cabinet du Premier Ministre
Stanislas	CAZELLES	Conseiller outremer	Présidence de la République
Rémi	BASTILLE	Conseiller chargé des affaires régaliennes	Cabinet de la ministre des outremer
Yann	BUBIEN	Directeur adjoint cabinet santé	Cabinet de la ministre de la santé et des solidarités
Emmanuel	BERTHIER	Directeur général de l'outremer	Ministère des outre-mer
Etienne	DESPLANQUES	Sous-directeur des politiques publiques	Ministère des outre-mer
Arnaud	MARTRENCHAR	Adjoint au sous-directeur	Ministère des outre-mer
Christine	LABAT	Chargée de mission – DSS	Ministère des solidarités et de la santé
Robert	TOURET	Chargé de mission - DGOS	Ministère des solidarités et de la santé
Karine	ISTIN	Chef du Département Pilotage de la Comptabilité et de la Facturation	AP-HP
Arnaud	POUILLOT		AP-HP
Olivier	LACZNY	Inspecteur divisionnaire des Finances publiques	DGFIP
Bénédicte	LE MOUEL	Chargée de mission	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
Yves	GAUBERT	Consultant	
EN POLYNESIE			
Edouard	FRITCH	Président de la Polynésie française	Gouvernement de la Polynésie française
Teva	ROHFRITSCH	Vice-président, Ministre de l'Economie et des Finances, en charge des Grands travaux et de l'économie bleue	Gouvernement de la Polynésie française
Jacques	RAYNAL	Ministre de la santé et de la prévention de Polynésie en charge de la PSG	Gouvernement de la Polynésie française
Isabelle	SACHET	Ministre de la famille, des solidarités et de l'égalité des chances	Gouvernement de la Polynésie française
Gaston	TONG SANG	Président de l'Assemblée de Polynésie	Assemblée de la Polynésie française
Virginie	BRUANT	Présidente de la Commission santé	Assemblée de la Polynésie française

René	BIDAL	Haut-Commissaire de la République en Polynésie française	Haut-commissariat de la République
Pierre	FREBAULT	Directeur	Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
Philippe	LAGIER	Responsable équipe projet Division santé et protection sociale	Agence française de développement
		Directrice de la délégation territoriale de Tahiti	Croix Rouge Française
Patricia	GRAND	Présidente	Association de la ligue contre le cancer
Yvonnick	RAFFIN	Directeur	Caisse de prévoyance sociale (CPS)
		Equipe de direction	Caisse de prévoyance sociale (CPS)
René	CAILLET	Directeur	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
		Equipe de direction	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
James	COWAN	Directeur adjoint	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
Virginie	DUCASSE	Directrice des ressources humaines	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
Myriam	FLEURE	Médecin DIM	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
Vincent	SIMON	Médecin responsable du SAMU	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
Vincent	QUENEE	Président de la CME	Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)
Jean	LACHKAR	Président	Chambre territoriale des comptes de Polynésie française
René	MACCURY	Magistrat	Chambre territoriale des comptes de Polynésie française
Hervé	BOURNEVILLE	Magistrat	Chambre territoriale des comptes de Polynésie française
Christian	HELLEC	Médecin DIM - DSI	Clinique Cardella
Yves	GENDRON	Médecin et Président du conseil d'administration de la Clinique Cardella	Clinique Cardella
Diego	LAO	Gérant	Clinique Mamao
François	KIFFER	Président du CA	Clinique Paofaï
Thomas	FALLEROT		Clinique Paofaï
		Adjoint au Maire de Taiohae	Commune de Taïohae
		Chef d'antenne de Nuku Hiva	Caisse de prévoyance sociale (CPS)
		Président	Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes

		Présidente	Conseil de l'Ordre des infirmiers
		Président	Conseil de l'Ordre des médecins
Pierre-Emmanuel	DUPIRE	Président	Conseil de l'Ordre des pharmaciens
Kelly	ASIN	Président	Conseil économique, social et culturel de Polynésie
Muriel	ARONDEAU	Responsable de la subdivision et directrice de l'hôpital de Taiohae (Nuku Hiva – Archipel des Marquises)	Direction de la santé
Anne-Victoria	LETORT	Chef de mission stratégie et évaluation	Haut-commissariat de la République
Thierry	HUMBERT	Chef de la subdivision administrative des marquises	Haut-Commissariat de la République
Roland	PELAY	Infirmier responsable de bloc opératoire	Hôpital de Taïohae – Nuku Hiva
Véronique	TAMARII	Cadre de santé	Hôpital de Taïohae – Nuku Hiva
Joseph	TAUPOTINI	Technicien	Hôpital de Taïohae – Nuku Hiva
Stéphanie	MARINTUE	FF de cadre	Hôpital de Taïohae – Nuku Hiva
Fabien	BREUILH	Directeur	Institut de la statistique de la Polynésie française
Luc	TAPETA	Conseiller du ministre	Ministère de la santé et de la prévention
Maïana	BAMBRIDGE	Directrice de Cabinet	Ministère de la santé et de la prévention
Merehau	MERVIN	Directrice adjointe de la santé	Ministère de la santé et de la prévention
Laurence	BONNAC THERON	Directrice de la santé	Ministère de la santé et de la prévention
Célia	BASURKO	Médecin épidémiologiste – Direction de la santé	Ministère de la santé et de la prévention
Wanda	PARKER	Cadre de santé – Bureau des ressources humaines et de la formation	Ministère de la santé et de la prévention
Philippe	BIAREZ	Médecin, responsable des formations sanitaires de Moorea et Maïao	Ministère de la santé et de la prévention
Francis	SPAACK	Médecin, responsable de la circonscription sanitaire des Tuamotu-Gambier	Ministère de la santé et de la prévention
Pauline	DRAHE	Infirmière, chef de cellule à Fakarava	Ministère de la santé et de la prévention
M-L	DENIS	Directrice du Budget	Ministère des finances de la Polynésie
Thierry	COURTADE	IDE libéral	Nuku Hiva
Marie-France	MALATESTA	IDE libérale	Nuku Hiva
Annie	DONVAL	IDE libérale	Nuku Hiva

Raymonde	FALCHETTO	IDE de prévention	Subdivision des Marquises
Stéphanie	NOUEL	Responsable cellule promotion de la santé	Subdivision des Marquises
Christiane	AH SCHA	Directrice des solidarités, de la famille et de l'égalité	Ministère de la Famille et des solidarités, en charge de l'égalité des chances
Régis	CHANG	Ancien directeur de la Caisse de prévoyance sociale (CPS)	
Nuihau	LAUREY	Sénateur	Sénat
Laurent	LEBRETON	Contre-amiral, commandant supérieur des forces armées en Polynésie	
Claude	PERIOU	Directeur	Institut d'émission outre-mer
Thierry	PAULAIS	Directeur	Agence française de développement
Dominique	GROSJEAN	Administrateur général des finances publiques	DGFIP



Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française

ANNEXES TOME II

Établi par

Claude DAGORN

Julien MEJANE

Membres de l'Inspection
générale des affaires sociales



INSPECTION GENERALE
DES AFFAIRES SOCIALES

IGAS N°2018-104R

Jean-Marie PAULOT

Membre de l'Inspection
générale de l'administration



IGA N°18074-R

Laurent VACHEY

Membre de l'Inspection
générale des finances



IGF N°2018-M062-03

SOMMAIRE

ANNEXE 1 LA SITUATION ECONOMIQUE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE.....	9
1 LA POLYNESIE SORT PROGRESSIVEMENT, DEPUIS 2016, D'UNE CRISE ECONOMIQUE PROLONGEE	10
2 LES FINANCES DU PAYS ONT ETE RETABLIES.....	12
3 LE SOUTIEN DE LA SOLIDARITE NATIONALE RESTE DETERMINANT	15
3.1 L'apport de l'Etat.....	15
3.2 Les modalités des concours de l'Etat.....	16
3.3 Les apports de l'Etat au financement de la protection sociale.....	17
4 L'EMPLOI S'AMELIORE MAIS LE TAUX DE CHOMAGE RESTE IMPORTANT	20
5 LE CLIMAT DES AFFAIRES EST BIEN ORIENTE, ET LE FINANCEMENT DE L'ECONOMIE S'EST ASSAINI	23
6 LE COUT DE LA VIE EST PLUS ELEVE QU'EN METROPOLE DE 38,5 %	25
7 LES INEGALITES ET LA PAUVRETE RESTENT IMPORTANTES.....	26
ANNEXE 2 LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE ET SA GESTION.....	30
1 UN REGIME RECENT, QUI NE COUVRE QU'UNE PARTIE DES RISQUES SOCIAUX.....	30
1.1 Avec la création de la PSG en 1995, une couverture quasi-exhaustive des résidents en Polynésie est assurée.....	30
1.2 Mais la couverture des risques est moins étendue qu'en métropole.....	32
1.3 La PSG est assise principalement sur les cotisations.....	34
1.4 La PSG représente aujourd'hui près de 20 % du PIB de la Polynésie	35
2 UNE CAISSE UNIQUE DE GESTION DES TROIS REGIMES	36
2.1 La gouvernance de la CPS.....	36
2.2 L'organisation administrative de la CPS.....	38
2.3 L'activité de recouvrement.....	41
2.4 La coordination avec les régimes métropolitains de sécurité sociale.....	43
2.5 Les prestations.....	47
2.6 Le contrôle médical.....	54

3	LE DEFICIT CONTINU DE LA BRANCHE RETRAITES DU RGS ET LA SITUATION DE SES RESERVES A FIN 2017 APPELAIENT UNE REFORME, DEVENUE INDISPENSABLE.....	56
3.1	Le régime général des salariés	56
3.2	Le régime des non-salariés	57
3.3	Le régime de solidarité.....	58
3.4	Les réserves.....	58
4	LA REFORME DES RETRAITES DE 2018 AMELIORE LES PERSPECTIVES DE MOYEN TERME, MAIS LES EQUILIBRES DE LONG TERME EN NECESSITERONT D'AUTRES.....	60
4.1	L'évolution démographique rendait une réforme des retraites indispensable	60
4.2	La réforme de septembre 2018 constitue une première étape indispensable	60
5	L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DU RISQUE SANTE CONSTITUENT LE CHANTIER MAJEUR A VENIR DE LA PROTECTION SOCIALE.....	68
5.1	La dépense de santé doit être appréhendée de façon globale.....	69
5.2	Les instruments de maîtrise de la dépense ont été mis en place.....	74
5.3	Des mesures de redressement des comptes de la branche maladie du RGS ont été initiées	77
5.4	Une affiliation des fonctionnaires d'État à la PSG pour le risque maladie reste souhaitable....	79
6	LA PERSPECTIVE D'UNE « PSG2 » CONCERNE A LA FOIS L'EQUILIBRE DE SON FINANCEMENT ET SES MODALITES DE GOUVERNANCE.....	81
6.1	Confirmant le résultat positif de 2017, « l'atterrissage » 2018 de la PSG et les perspectives 2019/2021 sont positivement orientées	81
6.2	Une réflexion sur la répartition des financements de la PSG devra être engagée	85
6.3	La perspective de création d'une branche universelle maladie impliquera une restructuration globale de la protection sociale polynésienne.....	88
	ANNEXE 3 LE REGIME DE SOLIDARITE DE LA POLYNESIE FRANCAISE.....	91
1	LE NOMBRE D'AFFILIES RSPF A NETTEMENT FLECHI DEPUIS 2014 EN RAISON DE LA REPRISE ECONOMIQUE MAIS SURTOUT DE MESURES DE GESTION STRUCTURELLES	91
1.1	Les conditions d'admission au RSPF ont évolué et les engagements pris par le Pays ont été tenus	91
1.2	Le nombre d'affiliés au RSPF a baissé de 13 % depuis 2014 principalement en raison d'un transfert, en 2016, vers les deux autres régimes	93
1.3	Les affiliés RSPF sont majoritairement jeunes, surreprésentés dans les archipels éloignés, et leur ancienneté dans le régime s'accroît	94
2	LE RSPF A RETROUVE SON EQUILIBRE FINANCIER MAIS SES RESSOURCES LIEES AU FELP DOIVENT ETRE SANCTUARISEES	96
2.1	Le niveau de dépenses s'est maintenu malgré la baisse du nombre d'affiliés.....	96

2.2	Les recettes du RSPF proviennent exclusivement du FELP et sont décidées annuellement par la loi de budget du Pays	97
2.3	Le régime est excédentaire mais l'arrêt de la participation de l'Etat imposera des arbitrages sur le FELP	98
	ANNEXE 4 LA CONVENTION DE FINANCEMENT 2015-2018	101
1	LE CONTEXTE DANS LEQUEL LA CONVENTION DE 2015 A ETE MISE AU POINT EST DIFFERENT DE CELUI QUI PREVAUT ACTUELLEMENT	101
1.1	Elle est intervenue après une interruption de plusieurs années dans une situation particulièrement difficile	101
1.2	Le contenu très détaillé d'une convention essentiellement financière	103
2	L'EXECUTION DE LA CONVENTION, DEMARREE TARDIVEMENT, PRESENTE NEANMOINS DES AVANCEES	108
2.1	Les comités de pilotage se sont déroulés dans un climat de confiance limitée autour de la revue des engagements	108
2.2	La mise en œuvre des engagements est partielle, mais des avancées ont été accomplies avec la réforme des retraites et la création de l'ARASS.....	109
2.3	L'Etat a versé 48 M€ au RSPF et a légiféré sur l'alignement des tarifs mais la mise en œuvre des mesures avec l'APHP peine à aboutir	113
	ANNEXE 5 LES SURCOUTS STRUCTURELS.....	119
1	LE STATUT D'AUTONOMIE DE LA POLYNESIE N'A PAS POUR EFFET D'EXONERER L'ETAT DES RESPONSABILITES QUI DECOULENT DES PRINCIPES CONSTITUTIONNELS, CE QUE LA LOI SUR L'EGALITE REELLE OUTRE-MER RAPPELLE.....	121
2	ASYMETRIE ET INSUFFISANCE DE L'INFORMATION : UN HANDICAP RECONNU A L'ECHELLE DES OUTREMERS	122
3	LA DISPERSION GEOGRAPHIQUE ET L'INEGALE REPARTITION DES MOYENS SANITAIRES ENGENDRENT DES EVASAN COUTEUSES	122
3.1	La répartition de l'offre de soins ne s'est pas adaptée aux dispersions géographique et démographique, d'une très grande ampleur	123
3.2	Des EVASAN sont nécessaires mais des solutions alternatives doivent être promues	124
4	LA PREVALENCE ACCRUE DE CERTAINES PATHOLOGIES EST SOURCE DE SURCOUTS.....	132
4.1	La détermination de prévalences accrues nécessiteraient des études épidémiologiques exhaustives qui n'existent pas actuellement	132
4.2	Selon l'INVS la situation sanitaire en Polynésie est marquée par les pathologies liées au comportement à risque.....	132
4.3	L'étude du dispositif Longue Maladie permet d'identifier certaines pathologies, mais ne fournit pas une méthodologie suffisamment robuste à l'évaluation des surcoûts	133
4.4	Les cancers	140
	ANNEXE 6 L'OFFRE DE SOINS EN POLYNESIE FRANÇAISE.....	143

1	L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE	143
1.1	Trois établissements, dont un public le CHPF, concentrent l'essentiel de l'activité de soins hospitaliers	143
1.2	Une situation capacitaire qui conduit aujourd'hui à une saturation de l'offre hospitalière... 151	
1.3	Le Centre Hospitalier de Polynésie française concentre l'offre de recours, peine à maîtriser son développement et connaît une situation financière dégradée malgré un artifice tarifaire	156
1.4	L'Etat et la Polynésie doivent travailler à la gestion des risques de réduction ou d'anéantissement des capacités de l'établissement.....	169
2	L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE.....	170
2.1	Les soins ambulatoire sont dispensés à la fois par une offre libérale et par un dispositif de soins public	170
2.2	Les dépenses de soins de ville sont restées stables sur la période	175
2.3	Le conventionnement des professionnels libéraux doit être mieux utilisé.....	176
2.4	Les modèles économiques du médicament et des pharmaciens doivent être transformés... 180	
	ANNEXE 7 LES AIDES ET L'ACTION SOCIALE.....	183
	INTRODUCTION.....	183
1	PRESENTATION GENERALE.....	183
1.1	La crise de 2008 a favorisé l'émergence de populations précaires et vulnérables et a créé un fort besoin de protection sociale	183
1.2	Les prestations d'action sociale sont très nombreuses mais ne couvrent pas l'ensemble des besoins.....	184
1.3	Pour une même situation les prestations sont parfois différentes d'un régime à l'autre à situation équivalente	185
2	LA SEULE PRESTATION SOCIALE LEGALE EST L'ALLOCATION HANDICAP.....	186
3	LA GESTION DES NOMBREUSES PRESTATIONS EXTRALEGALES EST CHRONOPHAGE ET LES EFFECTIFS SONT INSUFFISANTS.....	188
3.1	La DFSE est désormais compétente pour la gestion des aides sociales de l'ensemble des ressortissants de la PSG.....	188
3.2	Les moyens humains sont insuffisants pour la détection de nouveaux demandeurs et pour l'accompagnement social des bénéficiaires	190
4	LES AIDES DU FAS	193
4.1	Les aides sociales des FAS touchent en apparence de nombreux publics mais elles priorisent en réalité la situation des enfants scolarisés	194
4.2	Les prestations en nature	196
4.3	Les autres catégories de dépenses s'ajoutent aux soutiens déjà reçus par certaines populations	201

ANNEXE 8	COMPTES RENDUS DES DEPLACEMENTS DE LA MISSION.....	205
1	LES MARQUISES : DEPLACEMENT DE LA MISSION A NUKU HIVA (CLAUDE DAGORN, IGAS ; ET JEAN MARIE PAULOT, IGA DU 17 NOVEMBRE APRES MIDI AU 19 NOVEMBRE).....	207
1.1	Des contraintes archipélagiques très fortes :.....	207
1.2	Les tâches d'enregistrement des admissions et des renouvellements au RSPF sont correctement tenues.....	208
1.3	La subdivision des Marquises : l'hôpital et le maillage territorial.....	209
2	ARCHIPEL DES TUAMOTU – DEPLACEMENT A FAKARAVA ET ARATIKA (LAURENT VACHEY, IGF, 24-26 NOVEMBRE).....	213
2.1	La situation géographique et sanitaire des Tuamotu	213
2.2	Les admissions au RSPF effectuées à la mairie de Fakarava	218

ANNEXE 1

LA SITUATION ECONOMIQUE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

La situation économique de la Polynésie ne peut pas être appréhendée sans rappeler au préalable sa situation géographique très particulière : 3706 km² seulement de superficie émergée (moins de 1 % du territoire de la France métropolitaine), 118 îles et atolls dont 72 habités, qui commandent une zone économique exclusive de 5,5 millions de km². Un Pays non seulement dispersé, mais aussi éloigné de tout autre territoire à part les autres îles du Pacifique Sud : à 15 700 km de Paris, 4 000 km de la Nouvelle Zélande, 4 600 km de la Nouvelle Calédonie et 6 600 km de la côte Ouest des Etats-Unis.

C'est aussi un pays peu peuplé, et qui connaît une transition démographique récente. La population de 281 674 habitants¹ est aux $\frac{3}{4}$ concentrée sur les Iles du Vent, Tahiti et Moorea essentiellement, et donc a contrario les archipels éloignés sont très peu peuplés : 9 835 habitants aux Marquises (six îles habitées à 1 500 km au nord de Tahiti), 7 233 aux Iles Australes (cinq îles habitées à 650 km au sud de Tahiti), et 17 559 aux Tuamotu-Gambier (53 îles et atolls habités, qui se répartissent sur une longueur de 1762 km, l'île la plus lointaine, Mangaréva, étant à 1643 km de Tahiti).

Selon les données du recensement de 2017, la population de Polynésie, dont le rythme de croissance s'est ralenti (+ 1500 habitants par an) depuis 2002, progresse surtout dans les Iles du Vent (Tahiti, Moorea) : + 3,2 % en cinq ans. Celle des archipels augmente aussi légèrement : +0,9 % aux Marquises, +1,3 % aux Tuamotu-Gambier et +1,8 % aux Australes, il n'y a donc pas de « désertification » du territoire².

L'indice conjoncturel de fécondité est passé de 4,2 enfants par femme en 1977 à 2,1 en 2012 puis à 1,8 en 2017 ; et, si la population de Polynésie reste plutôt jeune (31 % ont moins de 20 ans et 8 % ont 65 ans ou plus (respectivement 24 % et 19 % en France), le vieillissement s'accélère : en 1988, les jeunes de moins de 20 ans représentaient encore près de la moitié de la population. L'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter et atteint 77 ans (76 ans en 2012. Elle est de 79 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes ; l'espérance de vie en moyenne France est de 82 ans, 79 pour les hommes et 85 pour les femmes).

Le solde migratoire est déficitaire : - 1 100 personnes par an entre 2012 et 2017 (soit un peu moins qu'entre 2007 et 2012, - 1 500 personnes par an). Les départs concernent notamment la jeunesse : tous les ans, un jeune adulte sur dix âgé de 18 à 25 ans quitte le territoire, pour des raisons d'études ou d'emploi.

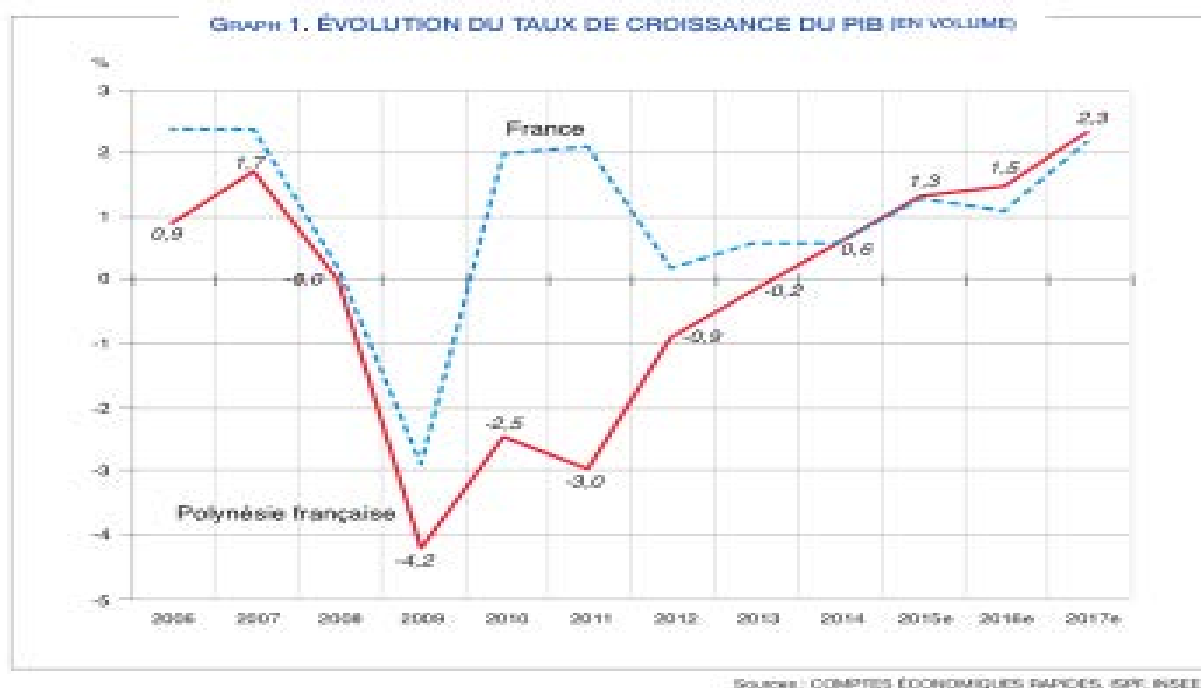
¹ Données ISPF – recensement 2017

² Les politiques publiques de soutien à la production locale –le fonds Coprah notamment- et la volonté de maintenir un service public de l'éducation et d'accès à la santé dans toutes les îles habitées ou presque, contribuent à cet enracinement, outre l'attachement des populations à leurs îles.

1 LA POLYNÉSIE SORT PROGRESSIVEMENT, DEPUIS 2016, D'UNE CRISE ECONOMIQUE PROLONGEE

Le PIB de la Polynésie a commencé à se redresser en 2014, a dépassé +1 %/an en 2016 et a progressé de 2,3 % en 2017. Il devrait encore progresser de plus de 2 % en 2018. Mais cette amélioration fait suite à une longue période de régression, sous l'effet combiné de l'instabilité politique et administrative (12 gouvernements de 2004 à 2014) et des répercussions de la crise mondiale de 2008. Alors que l'économie française avait rebondi dès 2010, le PIB polynésien en volume a stagné ou reculé pendant six années consécutives, de 2009 à 2013, de 10 % en cumulé :

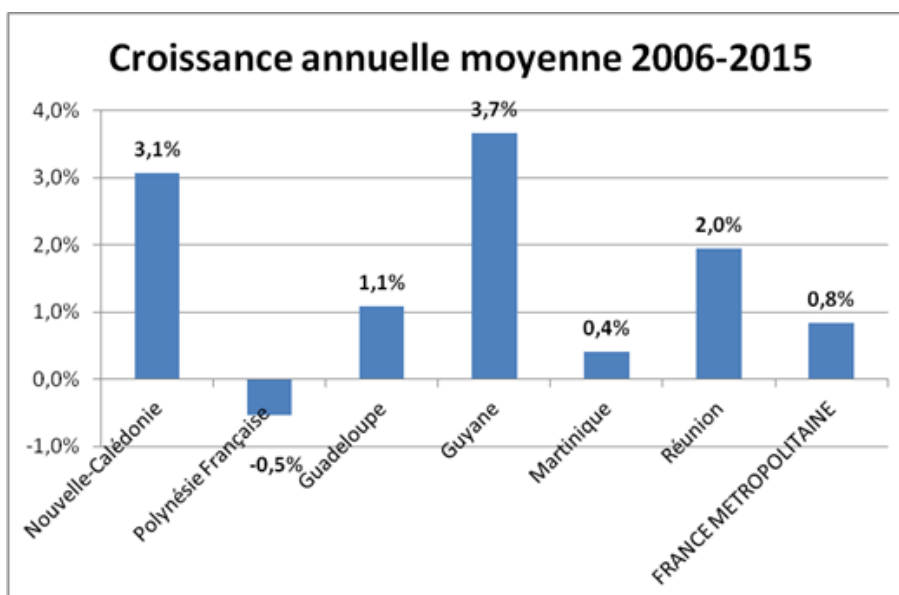
Graphique 1 : Evolution du taux de croissance du PIB de Polynésie 2006-2017



A fin 2017, le PIB du territoire s'établit à 535, 846 MdF CFP (4,493 Md€). Le PIB par habitant de la Polynésie (1,91 MF CFP annuels en 2016, 15 900 €) est moitié de celui de la France (31 200 € soit 3,7 MF CFP),

Sur la décennie 2006-2015, la Polynésie est atypique en termes de croissance, tant vis-à-vis de la métropole que des autres territoires ultra-marins :

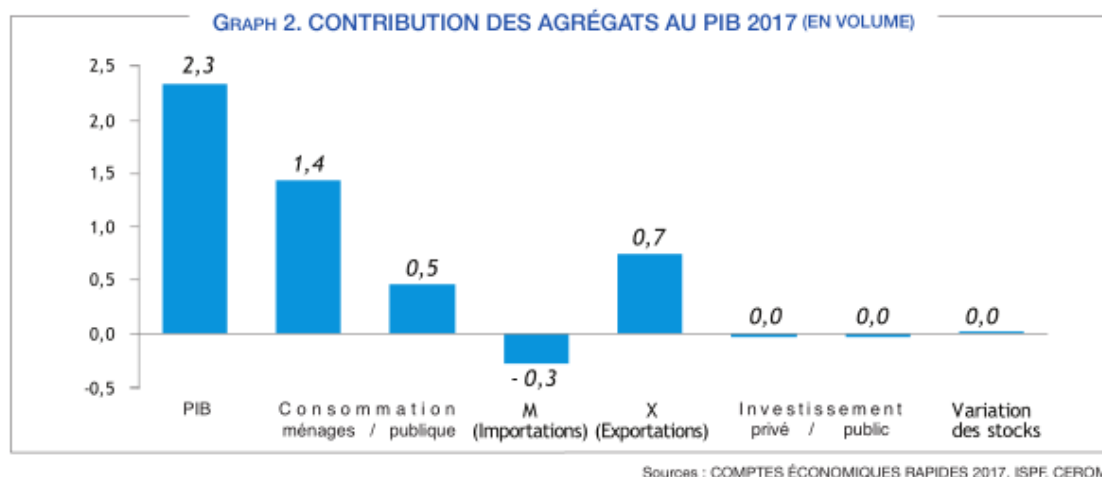
Graphique 2 : Taux de croissance annuelle du PIB en Polynésie, Outre-Mer et métropole 2006-2015



Source : INSEE et assises de l'outre-mer

En 2017, ce sont la consommation des ménages, et les exportations de biens et services (tourisme notamment) qui expliquent la croissance :

Graphique 3 : Contribution des agrégats au PIB 2017 en Polynésie



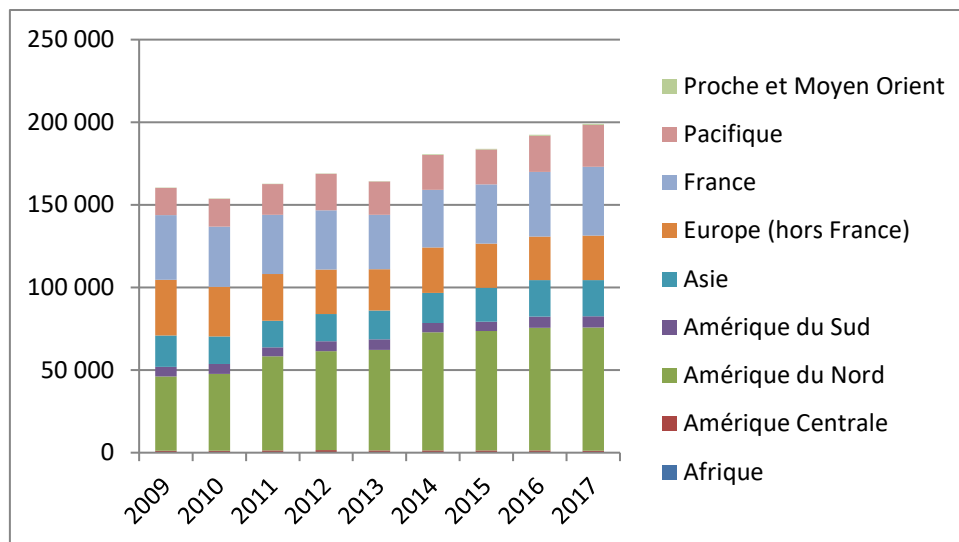
Selon les données provisoires de l'Institut de la Statistique de Polynésie Française (ISPF) et de l'Institut d'Emission de l'Outre-Mer (IEOM), la croissance du PIB en 2018 devrait se maintenir à un niveau comparable à 2017, et les perspectives de 2019 sont bien orientées.

La fréquentation touristique s'est redressée depuis 2014. L'arrivée en 2018 d'une troisième compagnie aérienne depuis la métropole, et prochainement d'une compagnie américaine depuis San Francisco³, devrait avoir un impact favorable sur le nombre de visiteurs et sur les prix du transport

³ Cinq pays d'origine (USA, Japon, France, Italie, Australie) représentent plus de 80 % de la clientèle touristique. Les USA sont le premier marché émetteur, de l'ordre de 40 % de la fréquentation totale.

aérien. Le nombre de nuitées (1 376 000 au 1^{er} semestre 2018) rejoint le plus haut, qui remonte à 2007.

Graphique 4 : Graphique 4 Evolution de la fréquentation touristique 2009-2017 (en nombre de visiteurs)



Source : ISPF

Le solde des transactions courantes était excédentaire de 44 MdF CFP (369 M€) en 2016. Le déficit des biens (141 MdF CFP, 1,18 Md€) est compensé par l'excédent des services, des revenus et des transferts courants. Les deux projets de développements économiques majeurs en cours (ferme aquacole de Hao, Village Tahitien de Tahiti) devraient avoir aussi un effet positif sur les exportations de biens et de services.

Si les indicateurs macroéconomiques sont bien orientés, l'économie reste cependant structurellement fragile, de par sa taille, sa dépendance aux transferts publics, à la dépense des administrations et à la conjoncture internationale. En interne, le retour de l'instabilité politique, ou l'abandon des réformes structurelles, auraient un impact négatif sur la confiance des ménages et des entreprises. En externe, une crise internationale rejaillirait sur le tourisme, facteur essentiel de l'emploi privé.

2 LES FINANCES DU PAYS ONT ETE RETABLIES

La Chambre territoriale des comptes avait examiné, pour les exercices 2011 à 2015, la gestion budgétaire et financière de la collectivité de la Polynésie française.

Elle avait constaté que la tendance à la détérioration de la situation avait été stoppée, grâce à une meilleure maîtrise des dépenses de fonctionnement. Mais cette situation était jugée encore fragile, et nécessitant d'engager des réformes structurelles, du périmètre d'intervention de la collectivité et de sa fiscalité.

Encadré 1 : Conclusions du rapport n° 2015-196 de la chambre territoriale des comptes

Par rapport au constat effectué par la Chambre territoriale des comptes au terme de la précédente période d'analyse, 2010, la situation budgétaire et financière paraît mieux orientée : l'ajustement des dépenses aux recettes de fonctionnement est mieux réalisé et la dette est sous contrôle.

Pour autant les difficultés budgétaires ne sont pas toutes aplanies.

La situation comporte des éléments en amélioration et des invariants qui freinent le redressement des comptes. Néanmoins, la tendance à la détérioration a été stoppée.

Le simple ralentissement des dépenses de fonctionnement associé à la hausse des taxes n'ont toutefois pas encore permis une restauration substantielle de l'épargne brute. En outre, bien que la trésorerie ait été rétablie en 2014 avec le soutien de l'Etat, le caractère ponctuel de ce soutien (avance remboursable) a conféré à l'équilibre retrouvé un caractère transitoire. Celui-ci a d'ailleurs été bien perçu par la collectivité, qui a contracté un crédit de trésorerie de 2 milliards de F CFP, grâce à l'amélioration de la qualité de sa signature.

Toutes les difficultés budgétaires n'ont pas disparu.

Les dépenses d'équipement restent encore trois fois inférieures à leur niveau moyen sur longue période ; et bien que disposant d'une plus grande confiance de la communauté bancaire, la Polynésie française ne peut toujours pas augmenter sans risque ses emprunts annuels. Par ailleurs, perdurent les accommodements avec la sincérité budgétaire, dont un des principaux (dépréciation des parts ATN) est en voie de résolution dans le cadre de la décision modificative du 11 juin 2015.

Pour toutes ces raisons, la situation budgétaire et financière de la collectivité reste préoccupante.

La gestion budgétaire doit désormais mettre un terme à plusieurs errements dommageables tels que la prise en charge budgétaire des conséquences financières d'investissements mal étudiés, l'absence de régulation des contributions aux régimes de protection sociale ou la rémunération d'un effectif encore trop nombreux.

Dès lors, des réformes structurelles s'imposent, avec encore plus d'acuité qu'en 2010, afin d'ajuster de manière durable les dépenses aux recettes et de financer sagement le nécessaire effort d'équipement.

En 2015, l'enclenchement d'un nouveau cycle vertueux nécessite donc de profondes réformes pour redéfinir le périmètre de l'administration et poursuivre la réforme de la fiscalité.

A cette fin, les travaux de la direction de la modernisation et des réformes de l'administration, nouvellement créée, doivent, dès que possible, contribuer à préparer les décisions concernant la redéfinition du périmètre de l'action publique.

De même, la question fiscale appelle toujours des réformes. Sans extension équitable des assiettes taxables, la matière imposable restera dominée par un conflit entre les différentes parties prenantes, la collectivité pour financer le fonctionnement et le développement du territoire, la caisse de prévoyance sociale pour financer la protection sociale, et les communes pour répondre à leurs obligations légales.

La réponse à cette problématique complexe constitue la plus grande difficulté posée à la gouvernance, au-delà des aspects techniques qui intéressent toute réforme fiscale.

Le compte administratif 2017 traduit une réelle amélioration de cette situation.

- les recettes de fonctionnement sont en progression de 27,250 MdF CFP (228,5 M€) par rapport à 2014 (129,608 MdF CFP -1,086 Md€- contre 102,358 MdF CFP - 858 M€- ; + 27 %) ;
- les dépenses de fonctionnement ne s'accroissent que de 10,511 MdF CFP, soit 88,1 M€ (105,551 MdF CFP -885 M€- contre 95,040 MdF CFP -797 M€- ; + 11 %) ;
- de ce fait, l'excédent courant fait plus que tripler, de 7,318 MdF CFP (61,4 M€) à 24,057 MdF CFP (201,7 M€). Les dépenses de personnel en particulier sont stables (30,640 MdF CFP -256,9 M€- en 2017, 30,236 MdF CFP -253,5 M€- en 2014.

L'épargne brute a quadruplé entre 2014 et 2017, pour atteindre 28,503 MdF CFP (239 M€), grâce à un rythme de progression des recettes de fonctionnement largement supérieur à celui des dépenses de fonctionnement (respectivement +21,02 % et +6 %). Après couverture du remboursement du capital de la dette, l'épargne nette de l'exercice 2017 culmine à 19,093 MdF CFP (160 M€), alors qu'elle était négative en 2014.

L'amélioration de l'épargne nette se conjugue à une progression du niveau des dépenses d'investissement (23,747 MdF CFP en 2017, 199,1 M€), montant qui reste toutefois en retrait par rapport à 2014 (30,439 MdF CFP, 255 M€). Sur la période 2010-2014, les dépenses d'investissement avaient été en moyenne de 27,467 MdF CFP (230 M€).

Le gouvernement de Polynésie a sur la période récente privilégié le désendettement : au 31/12/2017, l'encours de la dette s'établit à 85,638 MdF CFP (718 M€) contre 89,101 MdF CFP (747 M€) à fin 2016 et 94,247 MdF CFP (790 M€) à fin 2014. L'endettement du Pays représente à fin 2017 16 % du PIB de la Polynésie.

Le budget primitif de 2018, d'un montant total de 162,1 MdF CFP (1,36 Md€) se répartissait en 124,3 milliards de F CFP en fonctionnement et 37,2 milliards de F CFP en investissement. Le budget primitif de 2019 a été établi sur une prévision de recettes et de dépenses de 167,4 MdF CFP (1,4 Md€, + 3,2 % sur 2018), dont 130,4 MdF CFP de fonctionnement (1,090 Md€), et 37 MdF CFP d'investissement (309 M€). Les recettes de fonctionnement sont en hausse de 10 MdF CFP (84 M€), pour moitié du fait de l'augmentation des recettes fiscales grâce à l'amélioration de la conjoncture économique, et pour moitié par des recettes externes (fond européen de développement, produits d'amendes douanières) et de reprises sur provisions. Cette amélioration permet au pays d'interrompre le gel automatique des recrutements de certaines catégories de personnels, en place depuis 4 années ; la masse salariale devrait progresser de 1 % en 2019.

La dette devrait rester stable en 2019, les nouveaux emprunts étant inscrits pour un montant égal au remboursement de capital de la dette (9 MdF CFP, 75 M€). Les intérêts de la dette sont inscrits à hauteur de 3,3 MdF CFP, (27,6 M€, 2,5 % des charges de fonctionnement⁴).

Les dépenses d'investissements (28 MdF CFP hors remboursements de la dette, 234 M€) seront pour 44 % consacrées aux réseaux structurants (routes, ports et aéroports, protection contre les eaux).

L'agence de notation Moody's avait maintenu en mai 2018 sa note pour la Polynésie à Baa1 (attribuée en décembre 2016), en relevant alors la perspective de stable à positive. Elle l'a porté dans sa dernière évaluation du 18 décembre 2018 à A3 avec perspectives positives. L'agence indique que « *les principaux facteurs justifiant un relèvement des notations sont une meilleure performance opérationnelle qu'attendue et un désendettement important* ». Pour ce qui concerne la protection sociale et la réforme des retraites, elle indique que celle-ci « *qui vise à équilibrer les comptes sociaux d'ici à 2021 devrait permettre de réduire les contributions annuelles de la collectivité au système de sécurité sociale* ».

⁴ Dans le PLF 2019, le ratio charge de la dette/dépenses totales est de 9,7 %.

3 LE SOUTIEN DE LA SOLIDARITE NATIONALE RESTE DETERMINANT

Si la Polynésie relève d'un régime général d'autonomie, et à ce titre ne contribue pas à la fiscalité nationale directe et indirecte, elle bénéficie cependant de la prise en charge, au titre de la solidarité nationale, de soutiens diversifiés et importants de l'Etat.

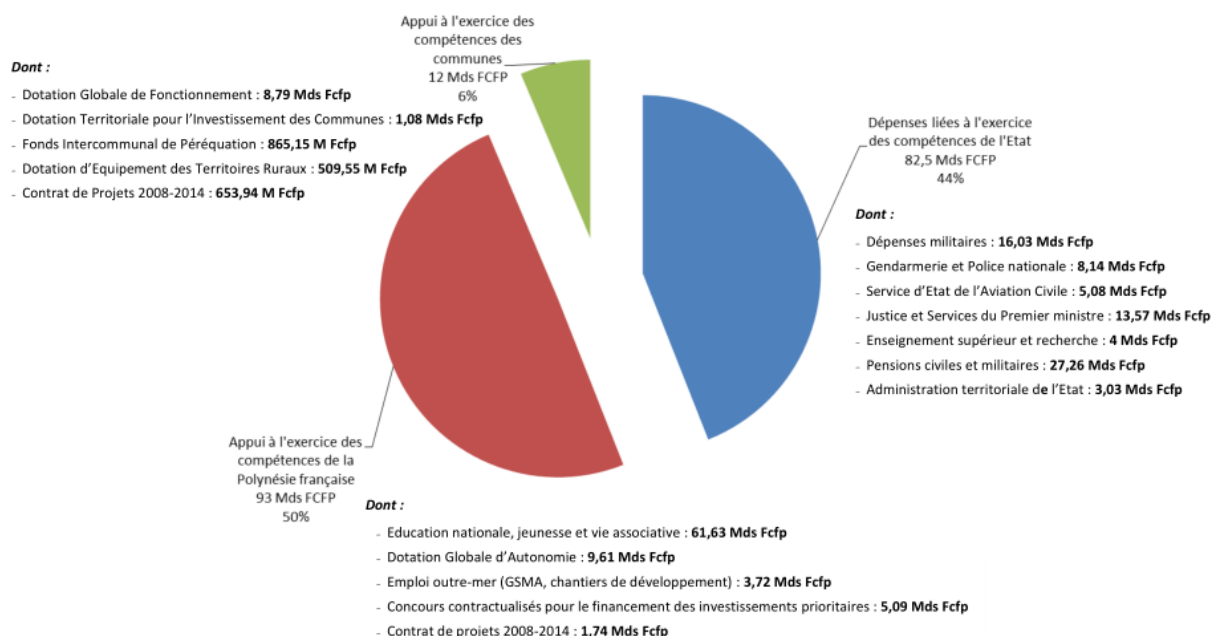
L'Etat conserve la compétence, et donc le financement, de l'ensemble des missions régaliennes : ordre public ; justice, protection judiciaire de la jeunesse, sécurité, défense, aviation civile, enseignement supérieur et recherche, et affaires étrangères.

3.1 L'apport de l'Etat

Selon le document de politique transversale annexé à la loi de finances pour 2019, la Polynésie française a bénéficié, au titre de l'ensemble des programmes, de 1,264 Md€ d'AE et 1,261 Md€ de CP (150, 757 MdF CFP) en 2018.

Au total, la dépense de l'Etat en Polynésie, telle qu'évaluée par le Haut-Commissariat, était en 2016, y compris les dépenses régaliennes, de 187,4 MdF CFP (1,57 Md€), soit 32 % du PIB du territoire. Elle est en progression nette sur la période 2011-2016, où elle passe de 164,7 Mds CFP à 187,4 Mds (+ 13,8 %). Les dépenses participant aux compétences de la Collectivité atteignent 92,98 MdF CFP (779,18 M€) et celles participant aux compétences des communes 11,95 MdF CFP (100,13 M€).

Graphique 5 : Répartition des concours et dépenses de l'Etat en Polynésie en 2016



Source : *Haut-Commissariat*

3.2 Les modalités des concours de l'Etat

Ceux-ci empruntent plusieurs canaux.

Suite à l'arrêt des essais nucléaires, a été mise en place en 1996 une dotation globale de développement économique (DGDE) initialement de 150,92 M€⁵. Elle a été refondue en 2011 en trois outils distincts :

- Une dotation globale d'autonomie (DGA), dont le montant annuel a été réévalué à 90,552 M€ (10,8 MdF CFP) après l'engagement du Président de la République devant les élus de la Polynésie française en février 2016.
- Une dotation territoriale pour l'investissement des communes de Polynésie française (DTIC) d'un montant annuel de 9,055 M€ (1,079 Md F CFP), constant ces dernières années.
- Le troisième instrument financier (3IF), d'un montant annuel de 51,3 M€⁶ (6,118 MdF CFP), mobilisé pour soutenir les investissements en infrastructures (routières, aéroportuaires et maritimes) du Pays.

A l'instar des CPER en métropole, l'Etat a également conclu avec le Pays un contrat de projets 2015-2020. Signé en mars 2015 et portant sur un engagement de l'État de 180 M€ (21,468 MdF CFP) sur six années, soit une moyenne de 30 M€ par an, le contrat de projets 2015-2020 n'a toutefois fait l'objet d'une notification d'AE qu'à hauteur de 20 M€ (2,385 MdF CFP) pour les exercices 2015, 2016, 2017 et de 23M€ (2,743 MdF CFP) en 2018⁷.

Les communes de Polynésie bénéficient aussi de concours de l'Etat, qui, contrairement à la DGF de métropole, sont en augmentation : les principales dotations d'État en faveur des communes ont globalement progressé de 11,5 % sur la période 2014-2018 (94,4 M€ à 105,3 M€, soit 12,559 MdF CFP) avec une part forfaitaire stable sur la période et des fortes progressions sur d'autres dispositifs tels que la dotation d'aménagement des communes d'outre-mer-DACOM (+ 37 % entre 2014/2018), le fonds de péréquation des ressources intercommunales et communales (FPIC : progression de 77 % sur la même période) ou encore la dotation d'équipement des territoires ruraux (DETR) dédiée au soutien de l'investissement qui a connu deux hausses successives en 2015 et 2017 (soit près de +68 % depuis 2014).

L'Etat contribue également au fonds intercommunal de péréquation (FIP) qui est alimenté chaque année par un prélèvement de 17 % sur les impôts, droits et taxes perçus au profit du budget général de la Polynésie française (132 M€ soit 15,744 MdF CFP en 2018). L'Etat lui alloue une subvention annuelle dont le montant est en 2018 de 6,7 M€ et de 7,261 M€ (866 MF CFP) en LFI 2019.

L'Agence française de développement (AFD) bénéficie d'une subvention aux fins de bonification des taux des prêts qu'elle accorde aux DOM et COM. Pour 2019, la LFI 2019 a globalement inscrit 39,346 M€ en AE et 32,432 M€ (3,868 MdF CFP) en CP à ce titre.

⁵ Soit 1 milliard de F CFP, le « milliard Chirac », également appelée « dette nucléaire »,

⁶ 51,3 M€ en AE et 54,2 M€ en CP sont prévus en LFI 2019 pour les opérations qui seront engagées en 2019

⁷ Sur cette enveloppe annuelle, ¼ des crédits sont consacrés aux investissements communaux (adduction en eau potable, assainissement des eaux usées, gestion des déchets), et ¾ pour les projets entrant dans le champ de compétences de la Polynésie française. Une partie des crédits délégués pour le contrat de projets est généralement mobilisée pour couvrir des dépenses nouvelles non budgétées et non prises en compte par l'administration centrale (contrat de ville et allocation logement étudiant)

Au niveau sectoriel, et même s'il s'agit d'une compétence transférée, l'Etat continue à assurer la rémunération des personnels de l'Education nationale. Le rapport de la Cour des Comptes sur le système scolaire en Polynésie française et en Nouvelle Calédonie⁸ a chiffré à 508 M€⁹ (60,589 MdF CFP) le coût de cette prise en charge en Polynésie, ce qui représentait 90,5 % du coût total de l'enseignement scolaire. Il finance dans cette enveloppe 36 postes d'infirmiers et infirmières de santé scolaire, pour un montant de 8,859 M€ (soit 1,057 Md F CFP. En 2018, 32 postes sont sur le programme 230 « vie de l'élève » et 4 sur le programme 139 « enseignement privé »).

La Polynésie française bénéficie également du dispositif de défiscalisation des investissements en Outre-Mer (articles 199 undecies A, 199 undecies B, 199 undecies C, 217 undecies, 217 duodecies, 244 quater W et 244 quater X du code général des impôts). Les investissements éligibles concernent l'investissement productif et le logement.

3.3 Les apports de l'Etat au financement de la protection sociale

Dans le secteur de la protection sociale, objet de la présente mission, les apports de l'Etat sont relatifs :

- au régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) pour 12 M€ (1,431 MdF CFP) annuels de 2015 à 2018 (cf. annexe 3) ;
- à l'annulation des dettes de la CPS envers l'AP-HP antérieures à 2015, pour un montant de 6 M€ (cf. annexe 2) ;
- à l'équipement du service d'oncologie de CHPF, suite à l'engagement du Président de la République le 22 février 2016, pour un montant de 6 M€ (715 MF CFP, cf. annexe 6) sur trois ans ;
- au contrat de projet Etat/Pays qui finance à hauteur de 50 % des études, travaux et dépenses de fonctionnement dans le secteur de la santé (infirmiers, logements de fonction, logiciels, mammographes etc...). Sur la période 2008-2014, l'Etat a ainsi apporté 10,8 M€ (1,3 MdF CFP), et 4,1 M€ (490 MF CFP) sur 2015-2018 ;
- le contrat de projet finance également les abris de survie des Tuamotu-Gabier contre le risque de submersion, qui accueillent parfois les infirmiers et postes de secours (28 abris ont été réalisés entre 2008 et 2015 pour un montant d'opérations de 5,3 MdF CFP (44 M€) ;

⁸ Cour des Comptes – Rapport public annuel de 2016.

⁹ Pour 4785 enseignants en service, dont le coût unitaire est supérieur de 124 % à celui de la métropole du fait du régime particulier de rémunération.

- au financement de personnels infirmiers mis à disposition de la direction générale de la santé et du CHPF (80 postes actuellement, dont trois en disponibilité¹⁰), pour 7,286 M€ (869 MF CFP) en 2017, sous statut du corps d'État pour l'administration de la Polynésie française (CEAPF)¹¹. La mission des inspections générales de 2014 avait souligné les complexités générées par ce statut particulier (conditions de rémunération et de retraite plus favorables que pour ceux de la fonction publique polynésienne, gestion particulière des concours de recrutement et des carrières par le Haut-Commissariat) alors que les fonctions exercées sont identiques, et préconisé de transférer leur financement au Pays, ce qui augmenterait ses capacités d'arbitrage et de gestion. La mission fait le même constat, et note que, nonobstant, la secrétaire générale du ministère de la Santé a autorisé le Haut-Commissaire, par lettre en date du 10 septembre 2018, à organiser un concours de recrutement de dix infirmiers sous statut pour remplacer des postes devenus vacants. La mission recommande de ne pas donner suite à cette autorisation et d'amorcer pour ces 10 postes le transfert des crédits correspondants au Pays.

Recommandation n°1 : Mettre fin au recrutement d'infirmiers sous statut CEAPF, et compléter à due concurrence, au fur et à mesure des départs, la dotation globale d'autonomie.

Au titre de 2019, et dans le secteur sanitaire et social, l'État s'est engagé à ce stade (cf. comité de pilotage du 4 décembre 2018) à financer cinq projets d'investissements, pour un montant de 3,6 M€ et un taux moyen de participation de 64 % :

Tableau 1 : Participation prévue de l'État en 2019 aux investissements dans le secteur sanitaire et social

	Coût total HT		Montant de la participation de l'État		Part État
	F CFP	€	F CFP	€	%
Interconnexion centre 15 et CTA 18	128 863 404	1 079 876	64 431 702	539 938	50 %
Construction et équipement du centre médical de Maupiti	153 906 056	1 289 732	76 953 028	644 866	50 %
Construction d'un centre de formation sanitaire et social - Etudes	69 705 080	584 128	34 852 540	292 064	50 %
Renforcement de l'activité de chimiothérapie dans les hôpitaux de proximité	54 900 519	460 066	43 920 415	368 053	80 %
Développer la filière anatomopathologie	258 083 366	2 162 739	206 466 693	1 730 191	80 %
Total	665 458 425	5 576 541	426 624 378	3 575 112	64 %

Source : *Haut-Commissariat*

L'État participe aussi au financement du déploiement de nouvelles liaisons THD par câbles sous-marins (doublement de l'actuel câble de fibre optique « Honotua » en provenance d'Hawaï par un deuxième câble « Manatua » reliant la Polynésie aux îles Cook, Niue et Samoa ; et déploiement d'un câble domestique « Natitua » reliant Tahiti aux dix principales îles des Tuamotu et des Marquises). Si le secteur santé/social n'est pas l'unique cible de ce programme, c'est un des prérequis à l'amélioration des possibilités de télémédecine (cf. annexe 5). La participation de l'Etat à ces investissements est de 9,19 M€ (soit 1,096 MdF CFP répartis en 4,19 M€ Fond Exceptionnel

¹⁰ Ces infirmiers étaient 141 à la fin des années 1990. Le secrétariat général des ministères sociaux a autorisé le 10 septembre 2018 l'ouverture en 2019 d'un concours visant à recruter 10 infirmiers sous statut CEAPF.

¹¹ Ce statut, qui limite notamment l'exercice des fonctions au seul territoire de la Polynésie, n'est pas exclusif aux infirmiers.

d'Investissement (FEI)¹² 2018 + 5 M€ Fond Haut Débit) pour le câble « Manatua » et de 29, 81 M€ (3,555 MdF CFP) pour le câble « Natitua » (FEI 2016 + FEI 2017 (4,13 M€), subvention sollicitée Fonds Très Haut Débit (15M€), et défiscalisation nationale (10,68 M€).

L'AFD finance également par ses prêts bonifiés les investissements dans le secteur de la santé :

Tableau 2 : Financements de l'AFD dans le domaine de la santé et du médico-social en Polynésie française

Bénéficiaire	Intitulé du projet	Date d'octroi	Montant (€)
Collectivité de Polynésie	SWAC (*) du Centre hospitalier de Polynésie française	11/07/2012	7 500 000
Association polynésienne d'aide aux insuffisants respiratoires (APAIR)	Extension des locaux de l'association	22/12/2014	660 000
Association polynésienne pour l'utilisation du rein artificiel à domicile (APURAD)	Extension des locaux de l'association	22/12/2014	1 340 000
CHPF	Financements du plan pluriannuel d'investissements 2015-2017 du CHPF	28/10/2015	14 250 000
Collectivité de Polynésie	Pôle de santé mentale	16/11/2016	27 300 000
CHPF	Financement complémentaire des investissements 2017 du CHPF	18/07/2017	4 944 200

Source : AFD

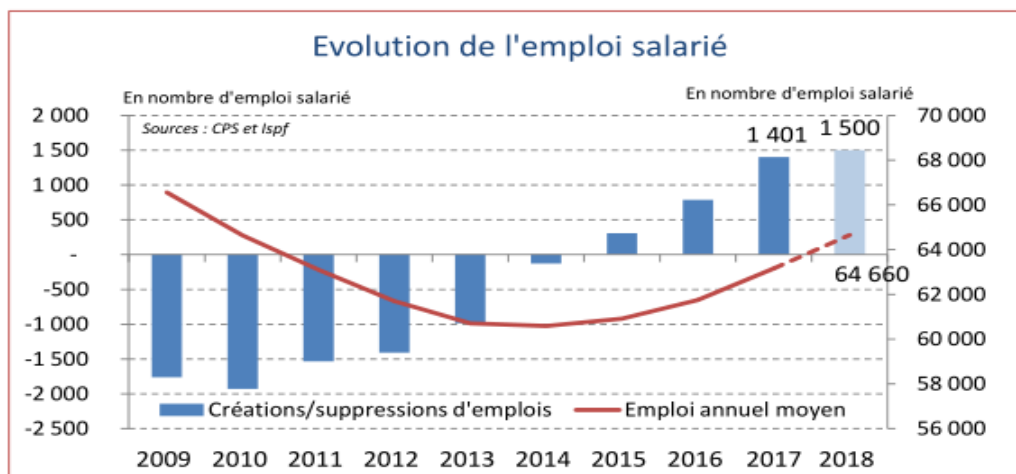
(*) SWAC : système de climatisation par prélèvements en eau profonde.

¹² Le FEI, dont bénéficient les départements et collectivités d'outre-mer, est doté de 110 M€ 'AE et 65 M€ de CP en LFI 2019.

4 L'EMPLOI S'AMELIORE MAIS LE TAUX DE CHOMAGE RESTE IMPORTANT

Après des suppressions massives, l'économie polynésienne recommence à créer des emplois, et notamment des emplois salariés, depuis 2015, sans être encore revenue à son niveau de 2009 :

Graphique 6 : Evolution de l'emploi salarié en Polynésie 2009-2018



Source : Source : Institut de la statistique de la Polynésie française

Du fait de l'absence d'indemnisation du chômage en Polynésie, il n'existe pas de statistiques sur le nombre de demandeurs d'emploi¹³ directement comparables à celles de Pôle Emploi en métropole et dans les DOM. Il existe toutefois, sous l'autorité du ministre de l'emploi et de la formation professionnelle, un Service de l'Emploi, de la Formation et de l'Insertion professionnelle (SEFI), chargé de la mise en relation des offres et demandes d'emploi et de l'accès à la formation. Le SEFI mesure ainsi le nombre de demandeurs d'emploi en fin de mois (DEFM) qui ont recours à ce service d'intermédiation. Malgré la reprise économique, le nombre de demandes d'emploi non satisfaites augmente (+ 1171) entre le 31 décembre 2015 et le 31 décembre 2017.

Tableau 3 : Demandes d'emploi non satisfaites (2015-2017, nombre d'inscrits)

	2015	2016	2017	Var.2016-2017
DEFM au 31/12	10 711	10 937	11 882	+8,6 %
DEFM - moyenne annuelle	12 424	12 598	12 760	+1,3 %
<i>Dont inscrits depuis moins de 3 mois</i>	8 000	8 110	8 489	+4,7 %
<i>Dont inscrits depuis 3 à 6 mois</i>	2 120	2 172	2 046	-5,8 %
<i>Dont inscrits depuis 6 à 12 mois</i>	1 313	1 373	1 275	-7,1 %
<i>Dont inscrits depuis plus d'un an</i>	991	943	950	+0,8 %
Nouvelles inscriptions	36 951	36 802	38 706	+5,2 %
Demandeurs différents	26 927	26 859	28 234	+5,1 %
<i>Dont primo-demandeurs</i>	5 082	4 853	5 159	+6,3 %

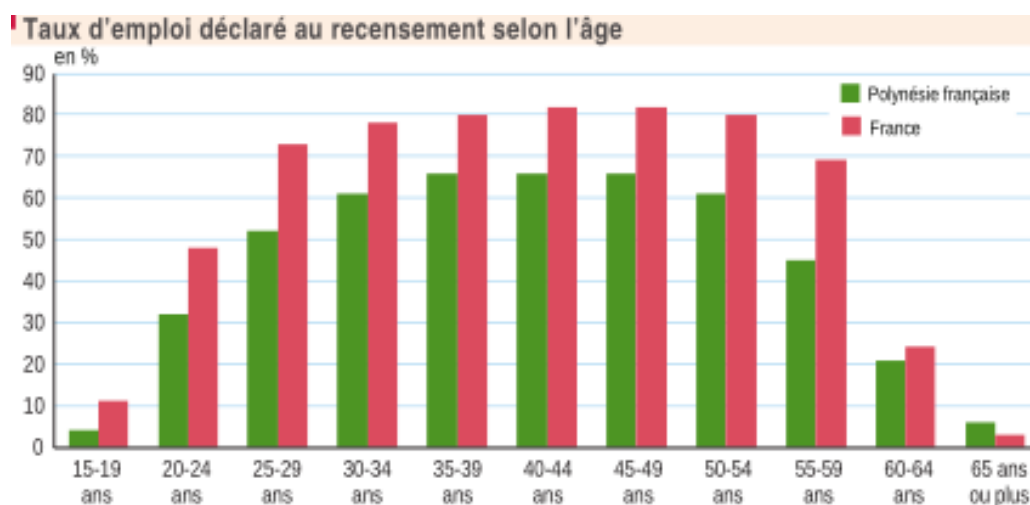
Source : SEFI, ISPF

¹³ L'importance de l'emploi informel, notamment dans les îles, rend de plus le chiffrage délicat.

L'Institut des statistiques de la Polynésie Française (ISPF) n'a pas publié d'enquête récente sur le taux de chômage au sens de l'INSEE, le chiffre le plus récent l'ayant été sur la base du recensement de 2012 : 21,8 %, en progression de 10 points par rapport à 2007, et plus du double du chiffre de la métropole. Le recensement de 2017 permet cependant de disposer de données plus récentes, et une enquête emploi a été conduite en 2018 ; ses résultats devraient permettre une actualisation.

Le taux d'emploi de la population polynésienne, selon les données du recensement 2017, est particulièrement faible : 44 % des personnes âgées de 15 ans et plus (soit 93 500 personnes), alors que le taux en France est de 63 % (2015). Hors Îles du vent et Tuamotu, le taux d'emploi est proche de 40 %. Après 60 ans, le taux d'emploi des 60/64 ans diminue fortement, à 21 % (la réforme des retraites de 2018 devrait faire progresser ce taux).

Graphique 7 : Taux d'emploi par tranche d'âge en 2017



Source : INSEE et ISPF recensement de la population de Polynésie en 2017, recensement de la population française en 2015.

Selon les données disponibles à la date de la dernière enquête emploi publiée, les jeunes sont particulièrement touchés par le chômage, et de façon accentuée: 73 % des 15-19 ans et 52 % des 20-24 ans étaient au chômage en 2012 (respectivement 52 % et 29 % en 2007). Ce n'était le cas que de 9 % des 45-49 ans (4 % en 2007). Et comme en métropole, le taux d'emploi est lié au niveau de diplôme : en 2017, le taux d'emploi des diplômés du supérieur était de 75 %, pour les titulaires du baccalauréat de 55 %, et seulement de 29 % pour les personnes sans diplôme¹⁴.

Parmi les personnes déclarant occuper un emploi, 52 % sont salariés du secteur privé, 29 % sont salariés du secteur public (État, Pays, collectivités locales)¹⁵ et 19 % sont non-salariés. Parmi les 75 500 salariés, 76 % sont en CDI ou fonctionnaire.

Les activités tertiaires (commerce, services marchands et non marchands) occupent 77 % des actifs en 2017. Aux Îles Sous-le-Vent, un quart des emplois est dans l'hôtellerie et la restauration : à Bora-Bora, la moitié des emplois relève de ces secteurs ; cette proportion est de 6 % à Tahiti et 22 % à Moorea. Le secteur primaire (perliculture, agriculture, aquaculture, pêche) emploie 7500 personnes. Aux Tuamotu-Gambier, une personne sur deux travaille dans la pêche, la perliculture ou dans l'exploitation des cocoteraies (coprah). Aux Australes, 20 % des emplois proviennent de l'agriculture

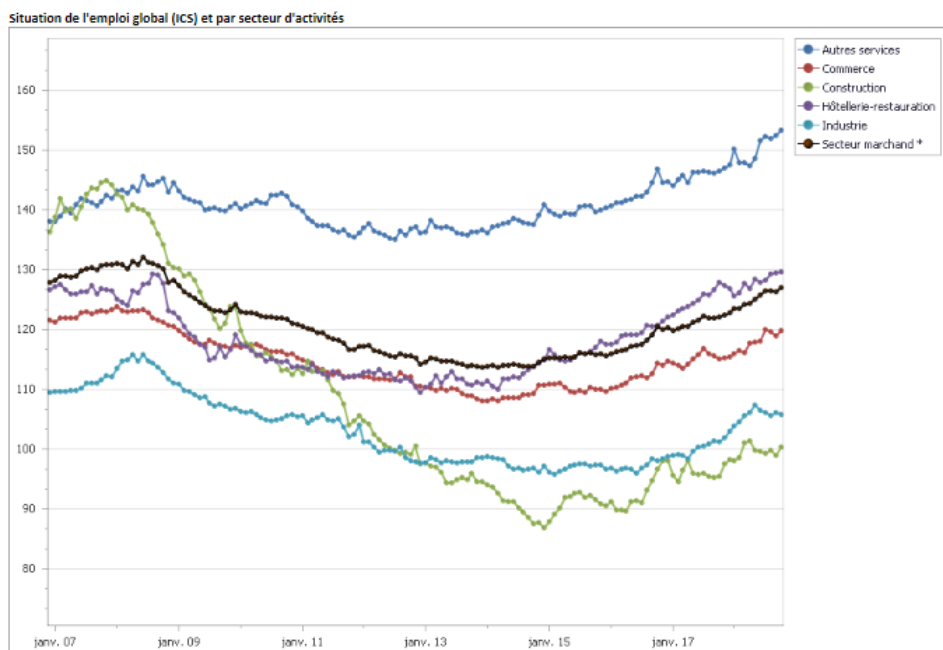
¹⁴ Source : Insee/Isfp - Recensement de la population en Polynésie française 2017.

¹⁵ 19,9 % en France métropolitaine + DOM

et de l'élevage (hors coprah, perle et pêche). Le poids de l'industrie demeure faible (7 % de l'emploi total, 6800 emplois) Enfin, 1 200 personnes travaillent dans l'artisanat.

Sur longue période (2007-2018), la répartition de l'emploi salarié varie significativement : seule la part des « autres services », grâce au secteur non marchand, reste relativement stable. Tous les secteurs se redressent à partir de 2015, même le secteur de la construction qui avait connu la plus forte baisse relative.

Graphique 8 : Répartition de l'emploi salarié par secteurs d'activité 2007-2017

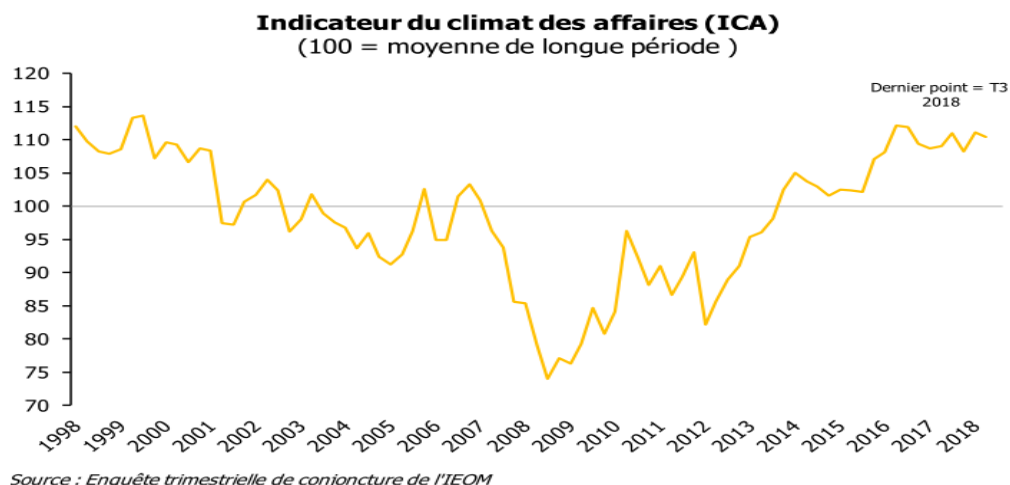


Unité : Emplois salariés en base 100 - janvier 2000 (Données Corrigées des Variations Saisonnnières)
 Date de mise à jour : 21/12/2018
 Source : Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) - ISPF - Pour les trois derniers mois, les indices sont des estimations.
 * Secteur marchand : Industrie, construction, commerce, hôtellerie-restauration et autres services.

5 LE CLIMAT DES AFFAIRES EST BIEN ORIENTE, ET LE FINANCEMENT DE L'ECONOMIE S'EST ASSAINI

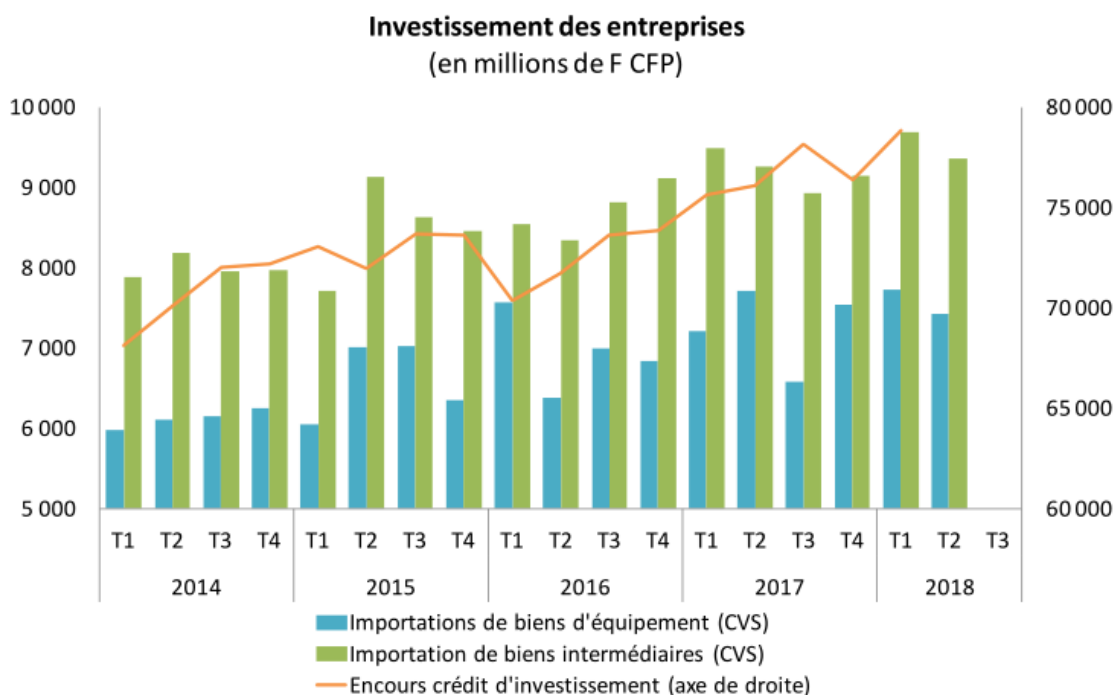
L'indicateur du climat des affaires que suit l'Institut d'Emission Outre-Mer (IEOM) témoigne de cette amélioration :

Graphique 9 : Indicateur du climat des affaires de 1998 à 2018



L'investissement des entreprises confirme cette vision positive :

Graphique 10 : Investissement des entreprises 2014-2018

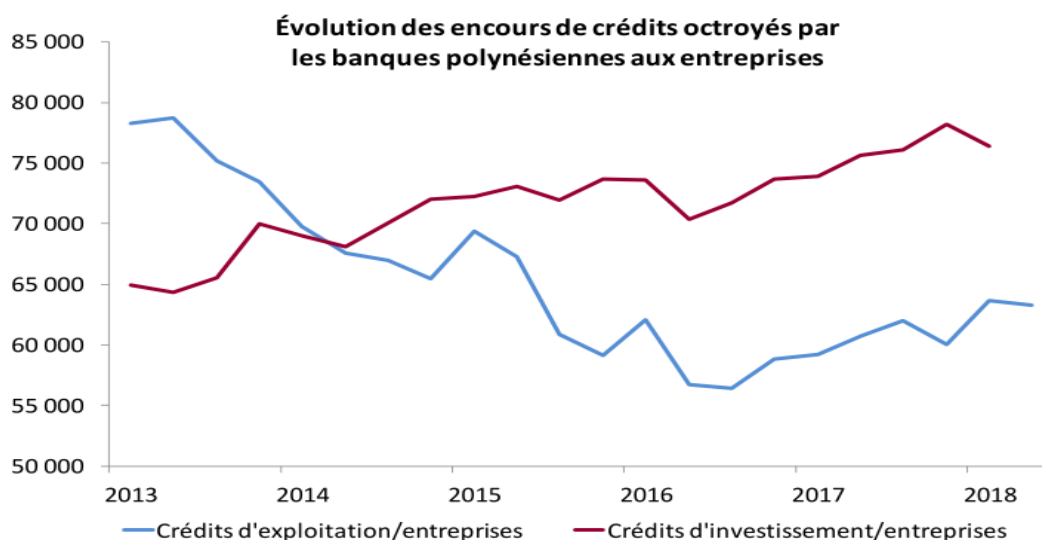


Le nombre d'entreprises actives à fin 2017 progresse à nouveau (26 760, pour 25 794 à fin 2016), même si c'est sur un rythme un peu ralenti par rapport à l'année antérieure. Par rapport à 2012, c'est

une augmentation de plus de 4 000 unités. Le secteur des services représente 77 % du total des entreprises actives, la construction 12 % et l'industrie 7 %.

Autre indicateur d'amélioration de la situation des entreprises, les crédits bancaires à l'exploitation diminuent alors que les crédits à l'investissement sont en progression :

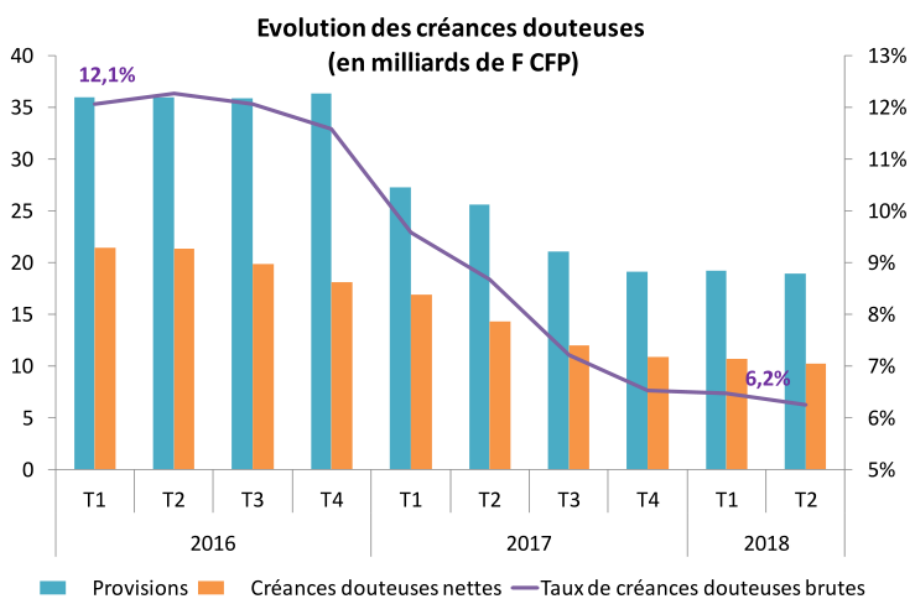
Graphique 11 : Evolution des encours de crédits bancaires aux entreprises 2013-2018



Source : IEOM

La forte diminution des créances douteuses dans les bilans des banques confirme aussi cet assainissement de la situation :

Graphique 12 : Graphique 12 Evolution des créances douteuses dans le bilan des banques 2016-2018



Source : IEOM

Dans sa réévaluation de la note du gouvernement de Polynésie de décembre 2018 (à A3/ Prime-1 contre Baa1/ Prime-2 antérieurement), l'agence de notation Moodys indique que *“the positive rating outlook reflects French Polynesia's intrinsic improvements as well as the potential for further improvements in financials thanks to the ongoing reforms. The outlook also mirrors the sovereign outlook (France, Aa2 positive).”*

La création en février 2015 de l'Autorité polynésienne de la concurrence (APC)¹⁶, sous forme d'autorité administrative indépendante, contribue aussi à l'ouverture de l'économie polynésienne, qui de par sa taille et son isolement est particulièrement susceptible de connaître des situations de monopoles et de rentes. L'APC a par exemple, par auto-saisine, émis en 2017 un avis relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en Polynésie française, et en 2018 un avis relatif au transport aérien international. Elle a émis en 2018 à la demande du Président du gouvernement un avis sur le projet de loi du pays modifiant les conditions de création des officines de pharmacie et certaines dispositions relatives à l'exercice de la pharmacie et en 2017 un avis relatif au projet de délibération relative à la licence d'exploitation et aux obligations de service public dans le transport interinsulaire maritime et aérien¹⁷.

6 LE COUT DE LA VIE EST PLUS ELEVE QU'EN METROPOLE DE 38,5 %

Selon une étude de l'ISPF de 2016, le niveau général des prix à la consommation en Polynésie est supérieur de 38,5 % à la métropole, en nette augmentation sur 2010 où l'écart était de 25,9 %. A structure de consommation identique, donc sur la base essentiellement de produits importés, cet écart est même de 55 %.

Même en prenant comme base le coût d'une structure de consommation identique à la métropole, cet écart est surcompensé, et sans doute pour partie causé, par les compléments de rémunération dont bénéficient les fonctionnaires d'Etat servant en Polynésie¹⁸, compléments qui se sont étendus à la fonction publique locale, et, par contagion, à une partie du secteur privé¹⁹. Prévu dans son principe par la loi du 30 juin 1950, le « complément spécial proportionnel à la solde » des fonctionnaires d'Etat varie (arrêté du 12 février 1981) entre 84 et 108 % selon la circonscription administrative de Polynésie. S'y ajoute « l'indemnité d'éloignement » (décret du 29 novembre 1996) de 10 mois du traitement indiciaire brut de l'agent, pour une période d'engagement de deux ans renouvelable une fois²⁰. 10 735 fonctionnaires d'Etat servaient en Polynésie en 2017 (dont 61 % au titre de la mission enseignement scolaire).

Les prix à la consommation sur les dernières années sont comme en métropole globalement stables et même en recul sur 2018. L'écart de coût de la vie mesuré par l'ISPF en 2016 devrait donc être légèrement inférieur en 2018.

¹⁶ Loi du pays n° 2015-2 du 23 février 2015

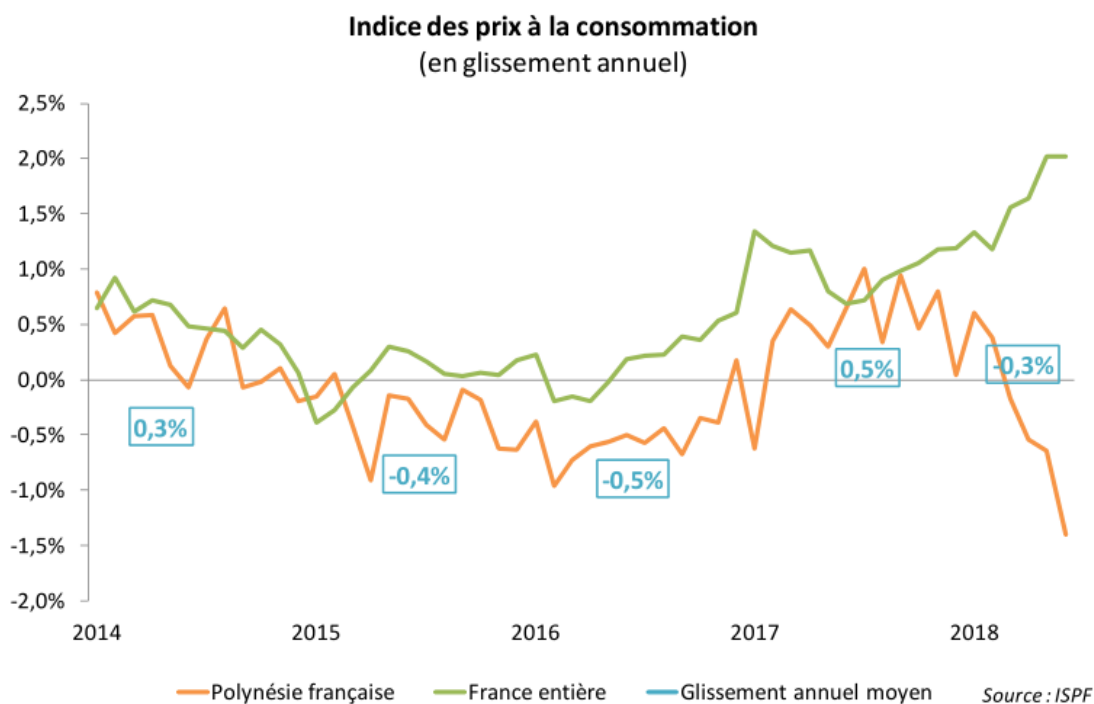
¹⁷ Alors qu'Air Tahiti est aujourd'hui en situation de monopole sur les dessertes interîles, une compagnie concurrente, Island Airlines, prévoit de desservir sept îles de Polynésie : Raiatea, Huahine, Bora Bora, Rangiroa, Hao, Nuku Hiva et Tubuai courant 2019. Le tribunal administratif a ordonné au gouvernement du Pays le 16 octobre 2018 de lui accorder sa licence de transporteur aérien. Cette concurrence devrait obliger Air Tahiti, détenue à 14 % par le Pays, à revoir son système de subventions croisées entre les différentes dessertes. De ce fait, le Pays serait amené à définir plus précisément les obligations de service public, éventuellement compensées pour partie dans le cadre d'une délégation.

¹⁸ Cf. rapport public annuel 2015 de la Cour des Comptes « les compléments de rémunération des fonctionnaires d'Etat Outre-Mer : refonder un nouveau dispositif ».

¹⁹ Outre l'écart des prix, les surrémunérations visent aussi à compenser l'éloignement, et à maintenir l'attractivité de l'Outre-Mer.

²⁰ L'absence d'impôt sur le revenu en Polynésie majore l'effet de ses majorations de traitement sur le niveau de vie réel.

Graphique 13 : Evolution de l'indice des prix à la consommation 2014-2018



7 LES INEGALITES ET LA PAUVRETE RESTENT IMPORTANTES

L'AFD a réalisé en 2009 une étude de la pauvreté en Polynésie²¹, qui fait encore référence. Elle a porté sur les seules Iles du Vent (Tahiti et Moorea), qui concentrent l'essentiel de la population.

Une fois les données corrigées de l'autoconsommation (sur la base d'une enquête antérieure), l'étude conclut que 19,5 % des ménages ont un revenu disponible par unité de consommation inférieur au seuil de pauvreté (inférieur à la demi-médiane des niveaux de vie par UC de l'ensemble de la population des Iles du Vent). Le même ratio est de 7,5 % pour la France métropolitaine. L'enquête sur la consommation des ménages de l'ISPF confirme une proportion inchangée de 20 % en 2015.

Le PIB par habitant de la Polynésie (1,91 MF CFP annuels en 2016, 15 900 €) est moitié de celui de la moyenne française (31 200 €, 3,7 MF CFP), alors même que les prix sont plus élevés.

Selon cette même étude AFD, l'indice de Gini, qui mesure les inégalités de revenus, s'élève à 0,40 en Polynésie française, un chiffre proche de celui de la Nouvelle-Calédonie (0,43), mais bien supérieur à celui de la France métropolitaine en 2007 (0,29). Du fait du caractère partiel du système de protection sociale généralisé (santé/familles/retraites, mais pas d'indemnités de chômage ni de revenu minimum), et de l'absence de fiscalité sur les revenus (à part la contribution sociale territoriale - CST - destinée au financement du RSPF), la redistribution au bénéfice des plus pauvres est limitée.

²¹ Les approches de la pauvreté en Polynésie française. Résultats et apports de l'enquête sur les conditions de vie de 2009. Javier Herrera et Sébastien Merceron- Document de travail - Novembre 2010.

L'écart entre la proportion des personnes qui bénéficient du régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF, voir annexe 3) pour leur accès à l'assurance maladie et celle des personnes qui en métropole bénéficient de la CMU-C²² pour ce même accès à la santé est aussi illustratif de la prévalence des situations de pauvreté sur le territoire: 23 % des assurés sociaux au RSPF en Polynésie, 7,4 % de bénéficiaires de la CMU-C en métropole. Les chiffres de la Polynésie sont du même ordre de grandeur que ceux des DOM : 27,3 % de la population à la CMU-C en Guadeloupe, 21,2 % en Martinique, 32,5 % en Guyane et 36,3 % à la Réunion (source : rapport d'activité du fonds CMU 2018).

Les cinq années consécutives de récession qui ont touché la Polynésie française ont amplifié la vulnérabilité des ménages. Le revenu réel par habitant a diminué significativement depuis 2008, passant de 2,15 millions de F CFP annuels en 2008 (17 980 €) à 1,88 million de F CFP (15 723 €) en 2014, soit -14,4 % sur la période, ce qui laisse supposer une aggravation de la pauvreté, que la croissance retrouvée depuis 3 années n'a que partiellement compensée. La pauvreté monétaire ainsi mesurée se manifeste d'autant plus sur Tahiti, où l'autoconsommation ne peut la compenser, à la différence des autres îles des archipels : le phénomène récent des sans-abris, estimés à quelques 400 personnes sur l'agglomération de Papeete, en témoigne.

Tableau 4 : Evolution du PIB par habitant de 2005 à 2014 (MF CFP)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIB nominal / hab	2,16	2,18	2,23	2,22	2,14	2,07	1,99	1,97	2,01	2,04
PIB réel / hab (Base 2005)	2,16	2,16	2,17	2,15	2,04	1,98	1,91	1,88	1,88	1,88

Source : ISPF

Le rapport de la commission de surendettement²³ pour l'année 2017 indique que 259 dossiers ont été déposés au cours de l'année, en forte augmentation par rapport à 2016 (+31 %). Selon ce rapport, cette augmentation provient d'une meilleure connaissance du dispositif, dans un contexte de chômage élevé et de forte précarité. Comparativement à la métropole et aux départements d'outre-mer (DOM), le nombre de dossiers de surendettement déposés, rapporté à la population du Pays, est de 1 dossier pour 1.000 habitants contre 1,5 dossier dans les DOM et 3,6 dossiers pour 1.000 habitants en métropole.

La très grande majorité des 252 dossiers examinés au cours de l'année ne dégageait aucune capacité de remboursement (plus d'un dossier sur deux concernait des débiteurs sans emploi). Cela a conduit la Commission à orienter 69 % des dossiers déposés vers la procédure de rétablissement personnel (PRP) sans liquidation judiciaire.

Une enquête de l'ISPF de 2015 (EBF 2015) permet de décrire la structure de la consommation des ménages, son évolution depuis 2000 (date de la précédente enquête) et les différences selon les revenus et les archipels de résidence.

²² Couverture maladie universelle complémentaire.

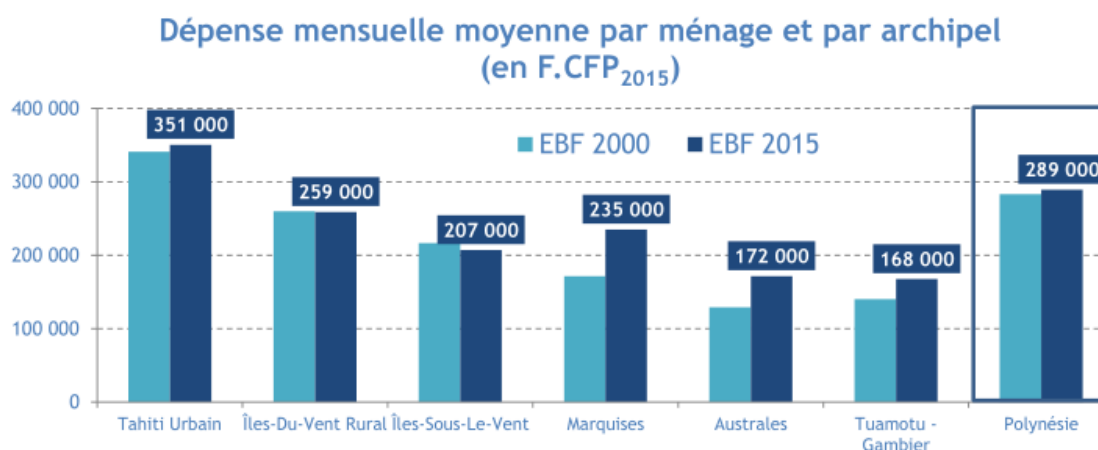
²³ Le dispositif de traitement du surendettement des particuliers a été institué en Polynésie-française par la loi du Pays n° 2012-8 du 30 janvier 2012 modifiée, portant traitement des situations de surendettement des particuliers et par les textes réglementaires pris en application de cette loi du Pays (délibération n°2012-30 de l'Assemblée de Polynésie française portant mesures d'application de la loi du pays n°2012-8 du 30 janvier 2012 et modification du code de procédure civile de la Polynésie française, arrêté n° 747 en Conseil des Ministres du 18 juin 2012 portant mesures d'application de la loi du pays n° 2012-8 du 30 janvier 2012). La tenue du Secrétariat de la Commission de surendettement a été confiée par le Gouvernement de Polynésie française à l'Institut d'émission outre-mer - IEOM.

Sur la période 2000-2015, la structure de la consommation évolue: la part de l'alimentation (alcool et tabac inclus) diminue (de 18,9 % à 18,2 %), de même que la part du logement (de 16,6 % à 14,1 %) ; celle des transports progresse (de 14,4 % à 16 %). En France métropolitaine et en 2015, l'alimentation représentait 12,8 %, le logement 19,9 % et les transports 9,9 %.

Les ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté (160 000 F CFP mensuels, soit 1338 € pour 3,5 unités de consommation) consacrent plus de la moitié de leurs ressources à l'alimentation et au logement (1/4 chez les ménages les plus aisés).

Il existe de fortes différences entre archipels quant au niveau de dépenses monétaires par ménage:

Graphique 14 :



Source : ISPF, enquête EBF 2015

Le niveau d'autoconsommation, globalement important et beaucoup plus élevé sur les archipels éloignés, compense pour partie ces écarts. Sur l'ensemble de la Polynésie, l'autoconsommation est évaluée en 2015 à 22,5 MdF CFP (188 M€), et elle représente 8 % de la consommation totale (11 % en 2000). En France métropolitaine, l'autoconsommation est selon l'INSEE inférieure à 0,5 % de la consommation totale.

Pour le quintile des revenus les plus bas, elle représente en Polynésie 30 % de la consommation totale, et 48 % de la consommation alimentaire. Limitée à 7 % dans la zone urbaine de Tahiti, elle s'élève à 22 % aux Marquises, et 23 % aux Australes.

Tableau 5 : Part de l'autoconsommation dans la consommation des ménages (2015)

	Tahiti urbain	Îles-du Vent rural	Îles sous le Vent	Marquises	Australes	Tuamotu-Gambier	Polynésie
Autoconsommation totale en MF CFP	6 400	7 400	4 000	2 000	1 100	1 600	22 500
Moyenne mensuelle par ménage F CFP	15 000	34 000	36 000	66 000	51 000	29 000	26 000
Part consommation totale	4 %	12 %	15 %	22 %	23 %	15 %	8 %
Rappel EBF 2000	7 %	18 %	15 %	23 %	27 %	18 %	11 %

Source : ISPF, enquête EBF 2015

Liste des recommandations de l'Annexe 1

n°1	Mettre fin au recrutement d'infirmiers sous statut CEAPF, et compléter à due concurrence, au fur et à mesure des départs, la dotation globale d'autonomie.
------------	---

ANNEXE 2

LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE ET SA GESTION

1 UN REGIME RECENT, QUI NE COUVRE QU'UNE PARTIE DES RISQUES SOCIAUX

Territoire et communauté d'Outre-Mer, la Polynésie a été hors du champ lors de la généralisation en métropole de la sécurité sociale, après la deuxième guerre mondiale. C'est en septembre 1956 seulement qu'un premier texte a instauré des prestations familiales au bénéfice des travailleurs salariés suivi en 1961 d'un minimum vieillesse (l'aide aux vieux travailleurs salariés, AVTS), puis en 1968 d'un premier régime de retraite des salariés, et en 1974 d'un régime de retraite volontaire de certaines catégories de non-salariés.

1.1 Avec la création de la PSG en 1995, une couverture quasi-exhaustive des résidents en Polynésie est assurée

L'instauration en 1995 d'une protection sociale généralisée (PSG) avait été actée en 1992 dans le cadre du « pacte de progrès » conclu entre l'État et le Territoire afin de faire évoluer l'économie de la Polynésie vers un développement endogène, concomitamment à la fermeture du centre d'expérimentations nucléaires du Pacifique en 1996. La loi du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française indiquait que l'État apportait son appui technique à « *la rénovation du système de santé et du régime de protection sociale du territoire* » qui selon son annexe devait assurer « *une couverture sociale distinguant les régimes d'assurance et le régime de solidarité* » et renforcer « *la prévention et les équipements sanitaires* ». Avec l'instauration de la PSG, le taux de couverture de la population polynésienne est quasi-universel (98 %) à fin 2018 (il était de 87,9 % en 1995 à la création de la PSG, a atteint 93,2 % en 2000 et 98,3 % en 2010). Le reliquat des personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale concerne principalement :

- des ressortissants affiliés sans droits pour défaut de renouvellement dans les délais (RSPF) ou pour défaut de paiement des cotisations (RNS) ;
- des personnes sans affiliation courante ou qui ont moins de six mois de résidence sur le territoire.

La PSG, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1995, est un système multi-régimes : salariés (RGS), non-salariés et régime de solidarité, chacun disposant de ses propres organes de gouvernance et gérés par une caisse unique (cf. 2). Le régime des non-salariés (RNS) couvre les personnes sans activité salariée, et dont le revenu est supérieur au seuil fixé par une loi du Pays (87 346 F CFP/mois, soit 730 € pour une personne seule) ; le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) couvrant celles dont le revenu est inférieur à ce même seuil. Les agents de l'État en service en Polynésie et leurs ayant-droits continuent d'être affiliés à la sécurité sociale métropolitaine (cf. 2.4).

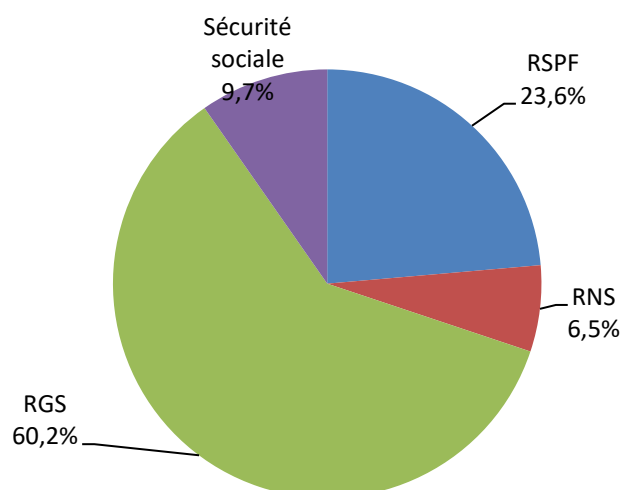
Il existe une certaine porosité entre les régimes : les ressortissants du RSPF (cf. annexe 3) qui ne renouvellent pas leur adhésion à l'échéance annuelle sont depuis 2016 automatiquement basculés

sur le régime des non-salariés. Et pour des raisons de financement, les bénéficiaires des emplois aidés (contrats d'accès à l'emploi, 2 643 ouvrants droit et 3 751 ayants droit à fin juin 2018) avaient été depuis la création du dispositif en 2014²⁴ et jusqu'en 2018 affiliés au RGS ; ils seront en 2019 rebasculés sur le RSPF²⁵.

Par ailleurs, et consécutivement au précédent rapport de la mission d'appui des inspections générales de 2014, les conditions d'instruction, de gestion et de contrôle des demandes d'admission au RSPF ont été revues en 2016 par deux lois du Pays successives du 1^{er} janvier et du 1^{er} décembre, ce qui a eu un effet sur les affiliations à compter de 2017. La chambre territoriale des comptes souligne par ailleurs dans son rapport de 2017 sur la gestion de la collectivité de la Polynésie française au titre des affaires sociales et de la solidarité qu'il existe des phénomènes de fuite des affiliés du RGS vers les autres régimes, et du RNS vers le RGS du fait du comportement des assurés (sous-déclaration des revenus, recours artificiel au régime des salariés sur une base de revenus réels minorée²⁶).

A fin 2018, 163 868 personnes sont affiliées au RGS, 17 440 au RNS, et 64 373 au RSPF²⁷. 26 787 relèvent de la sécurité sociale de métropole.

Graphique 1 : Répartition des affiliés selon les régimes de protection sociale à fin 2018



Source : CPS

De la création de la PSG à fin 2018, le nombre d'assurés au RGS a cru de 35 %, celui des assurés du RSPF de 37 %, celui des assurés du RNS de 131 % et celui des ressortissants de la sécurité sociale de 88 %. Pour l'ensemble des régimes, le taux de progression moyen est de 1,9 %/an. Sur la période

²⁴ Loi du Pays n° 2014-1 du 7 janvier 2014.

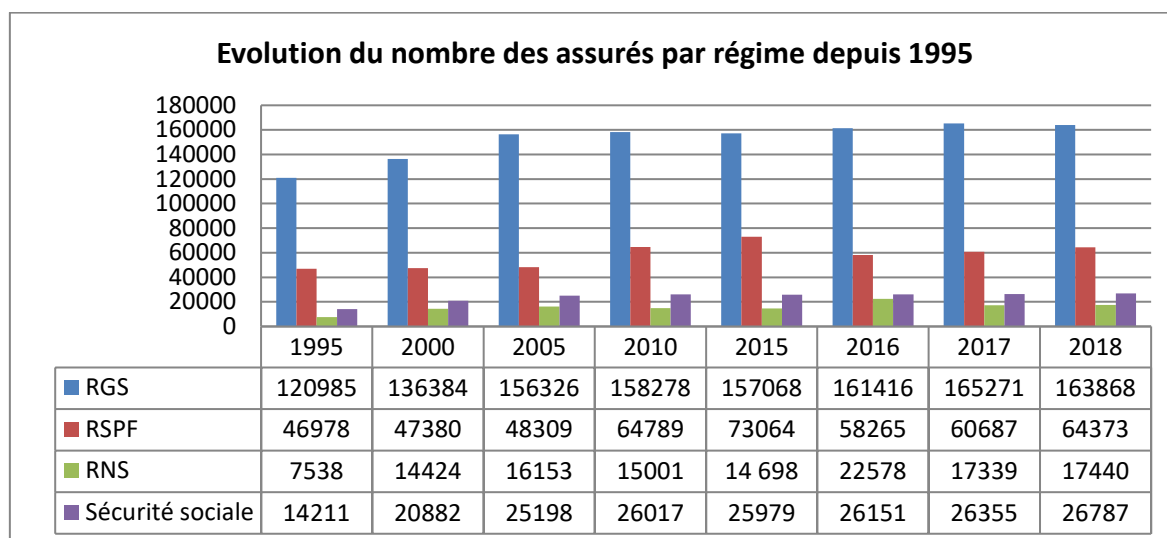
²⁵ En 2018, les cotisations encaissées ont été de 390 M FCFP, pour 948 M F CFP (7,96 M€) de prestations. Les contrats d'accès à l'emploi bénéficient aux personnes ayant fait l'objet d'un licenciement économique, aux personnes sans emploi depuis plus de trois mois, et aux personnes d'un niveau de formation inférieur au baccalauréat. Une réforme des dispositifs d'insertion professionnelle est en cours, les contrats d'accès à l'emploi doivent devenir les « conventions d'accès à l'emploi ».

²⁶ La CPS a mis l'accent en 2017 sur les contrôles d'affiliation au RNS, le total des cotisations redressées et régularisées étant passé de 10 M F CFP (84 000 €) en 2016 à 51 M F CFP ((427 000 €) en 2017.

²⁷ En métropole, environ 8 % des ressortissants du régime général bénéficient de la CMUC. C'est trois fois moins que ceux affiliés au régime de solidarité de Polynésie, qui a la même finalité de couverture du risque santé pour les personnes à faible revenu.

récente 2015-2016, la diminution des affiliés au RSPF s'explique par la modification des conditions d'admission au régime évoquée *supra* (cf. annexe 3), qui a entraîné un report sur le RNS.

Graphique 2 :



Source : CPS

1.2 Mais la couverture des risques est moins étendue qu'en métropole

La PSG couvre cinq familles de risques (maladie-accidents du travail, famille, vieillesse, handicap et action sociale, cf. détail en 2.5), mais avec des champs restreints pour certains, et des différences selon les régimes. La couverture maladie-maternité est identique pour les trois régimes, mais les prestations familiales varient dans leur montant²⁸. Le régime des salariés assure une couverture des risques invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse. Le régime des non-salariés ne couvre que les risques communs maladie/maternité et famille; l'assurance retraite y est optionnelle. Le régime de solidarité gère l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse), un fonds d'action sociale et des prestations en faveur des handicapés (financement des établissements).

Par rapport à la métropole, les aides aux personnes âgées et handicapées sont plus limitées (offre réduite d'établissements et services, pas de prise en charge des frais d'hébergement...). Le financement des établissements et services médico-sociaux, ouverts aux ressortissants des trois régimes, est financé par le RSPF (cf. annexe 3).

Par ailleurs, hors champ de la sécurité sociale *stricto sensu*, il n'existe pas de minimum social type RSA ou AAH, pas de prestation d'aide à l'autonomie des personnes âgées comme l'APA, et pas de régime d'indemnisation du chômage. Les aides sociales (cf. annexe 7) sont toutes sous conditions de ressources et après évaluation individuelle de la situation familiale, pour des montants limités (160 MF CFP pour les trois régimes, soit 1,34 M€).

²⁸ 10000 F CFP par mois et par enfant pour le RSPF, 7000 F CFP par mois et par enfant pour le RGS et quotient familial pour le RNS par exemple. A l'inverse les allocations prénatales et de maternité sont plus élevées au RGS qu'au RSPF.

Tableau 1 : Prestations des trois régimes de la protection sociale

QUELLES PRESTATIONS pour quel régime social ?		Vous êtes au RÉGIME DES SALARIÉS*		Vous êtes au RÉGIME DES NON SALARIÉS*		Vous êtes au RÉGIME DE SOLIDARITÉ*	
En fonction de votre régime d'affiliation, vous pouvez bénéficier de :							
PRESTATIONS SANTÉ 216 000 bénéficiaires hors régime de sécurité sociale pour 50,95 milliards Fcfp de dépenses**		<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) Euzan Indemnités journalières : - en maladie - en maternité : 100 % de la moyenne des salaires des 3 derniers mois effectivement travaillés - en invalidité - accident du travail - invalides professionnelles Frais funéraires 		<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) Euzan Indemnités journalières (voir conditions) : - en maladie - en maternité (60 % des revenus soumis à cotisation) - Si vous souscrivez à l'assurance volontaire pour les accidents du travail, vous pourrez bénéficier : - accident du travail - invalides professionnelles Frais funéraires 		<ul style="list-style-type: none"> Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) Euzan 	
PRESTATIONS FAMILLE Près de 85 000 bénéficiaires, tous régimes confondus, pour un montant total de 7,1 milliards Fcfp**		<ul style="list-style-type: none"> Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prenatalales : 54 000 Fcfp - allocations de maternité : 72 000 Fcfp Aides à l'enfant : - allocations familiales : 7 000 Fcfp par mois par enfant - cantine plateforme à 500 Fcfp - complément familial¹ (CF) (frais scolaires, bourses de vacances, canines...) - aides de rentrée scolaire (ARS) CF et ARS allouées sous conditions de ressources et de moyenne économique journalière. 		<ul style="list-style-type: none"> Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prenatalales - allocations de maternité Aides à l'enfant : - allocations familiales - cantine (aide enfant de 15 Fcfp à Tahiti et Moorea et de 95 Fcfp autres îles) <p>Les montants des allocations sont alloués suivant les conditions de ressources et varie selon le quotient familial.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prenatalales : 49 500 Fcfp - allocations de maternité : 66 000 Fcfp Aides à l'enfant : - allocations familiales : 10 000 Fcfp par mois par enfant - cantine complément plateforme à 500 Fcfp - aide exceptionnelle aux enfants scolarisés pour les frais relatifs aux fournitures scolaires et trousseau vestimentaire déterminé en fonction de l'âge des enfants 	
ACTIONS SOCIALES 1 750 bénéficiaires du régime des salariés pour près de 120 millions Fcfp Fonds d'Action Sociale non salarié : 39 millions Fcfp** Fonds d'Action Sociale solidarité : 1,15 milliard Fcfp**		<ul style="list-style-type: none"> Aides en faveur de la famille et des enfants : - frais de garde - aides alimentaires et vestimentaires... - secours d'urgence - aide au logement et attribution d'aides matérielles - Aides aux personnes âgées Tutelle aux allocations familiales <p>Les aides sont allouées sous conditions de ressources et sur évaluation sociale au titre du Fonds d'Action Sanitaire et Sociale.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Rapprochez vous du Service des Affaires Sociales du Pays : fonds d'action sociale en faveur des bénéficiaires du RNS et des ayants droit 		<ul style="list-style-type: none"> Rapprochez vous du Service des Affaires Sociales du Pays : fonds d'action sociale en faveur des personnes et des familles. 	
PRESTATIONS VIEillesse 32 400 pensionnés pour 42,6 milliards Fcfp de dépenses**		<ul style="list-style-type: none"> Pension de retraite Pension de réversion Pension d'orphelin Capital décès Allocation complémentaire de retraite* 		<ul style="list-style-type: none"> - Si vous souscrivez à l'assurance volontaire pour la retraite et que vous remplissez les conditions requises, vous pourrez bénéficier : - Pension de retraite (tranche A) - Pension de réversion - Pension d'orphelin - Assurance décès - Allocation complémentaire de retraite* 		<ul style="list-style-type: none"> Allocation de solidarité aux personnes âgées de 60 ans et plus : 80 000 Fcfp pour un assureur célibataire ou en couple avec une personne âgée de moins de 45 ans - 120 000 Fcfp pour un assuré en couple avec une personne âgée de plus de 45 ans - 140 000 Fcfp pour un couple de retraités 	
PRESTATIONS HANDICAP (hors subvention des centres pour 1,51 milliard Fcfp) 658 enfants bénéficiaires pour un montant de 350 millions Fcfp. 4 262 bénéficiaires d'allocation adulte handicapé pour 3,2 milliards Fcfp.		<ul style="list-style-type: none"> Allocations spéciales aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp Complément allocation special handicapé : 12 000 Fcfp ou 24 000 Fcfp en fonction du handicap 		<ul style="list-style-type: none"> Allocations spéciales aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp Complément allocation special handicapé : 11 000 Fcfp ou 22 000 Fcfp en fonction du handicap 		<ul style="list-style-type: none"> Allocation spéciale aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp Complément special handicapé : 11 000 Fcfp à 32 000 Fcfp en fonction du handicap Allocation adulte handicapé : 33 113 Fcfp sous conditions de ressources du demandeur Allocation complémentaire adulte handicapé : 36 885 Fcfp Allocation compensatrice de perte d'autonomie pour adulte handicapé : 10 918 Fcfp ou 21 836 Fcfp sous conditions de ressources du demandeur ou du couple 	

* L'attribution de certaines aides est soumise à certaines conditions. Renseignez vous auprès de la CPS.

1.3 La PSG est assise principalement sur les cotisations

Les prestations en espèces et en nature de la PSG sont financées très principalement par les cotisations des employeurs et des salariés pour le RGS, des affiliés pour le RNS et pour le RSPF par un fond dédié (Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté -FELP) alimenté par une contribution sociale territoriale et des taxes affectées. Au total, près de 70 % du financement provient de cotisations.

Tableau 2 : Ventilation des recettes de la PSG en 2017

	Recettes (MF CFP)	Part de la ressource
Cotisations aux RGS et RNS	86 682	69,0 %
Participation du Pays	2 684	2,1 %
FELP (CST et fiscalité seules)	28 302	22,5 %
Contribution de l'État	1 432	1,1 %
Autres produits	6 566	5,2 %
TOTAL	125 667	100 %

Source : CPS.

Pour le RGS, les cotisations sont versées sur la totalité du salaire, dans la limite de plafonds variables en fonction des risques.

Tableau 3 : Cotisations obligatoires du régime des salariés au 1er janvier 2018

Risque	Part patronale	Part salariale	Plafond
Maladie	10,86 %	5,43 %	5 000 000 F CFP
Vieillesse tranche A	13,90 %	6,95 %	258 000 FCFP
Vieillesse tranche B	11,62 %	5,81 %	258 000 F CFP à 516 000 F CFP
Accidents du travail	0,77 %	-	3 000 000 F CFP
Prestations familiales	0 %, 4,04 %*	-	750 000 F CFP
Fonds social retraite	0,34 %	0,17 %	258 000 F CFP

* selon le secteur d'activité : 0 % dans l'agriculture, pour les gens de maison, les écoles, cantines et associations à but non lucratif, 4,04 % sinon

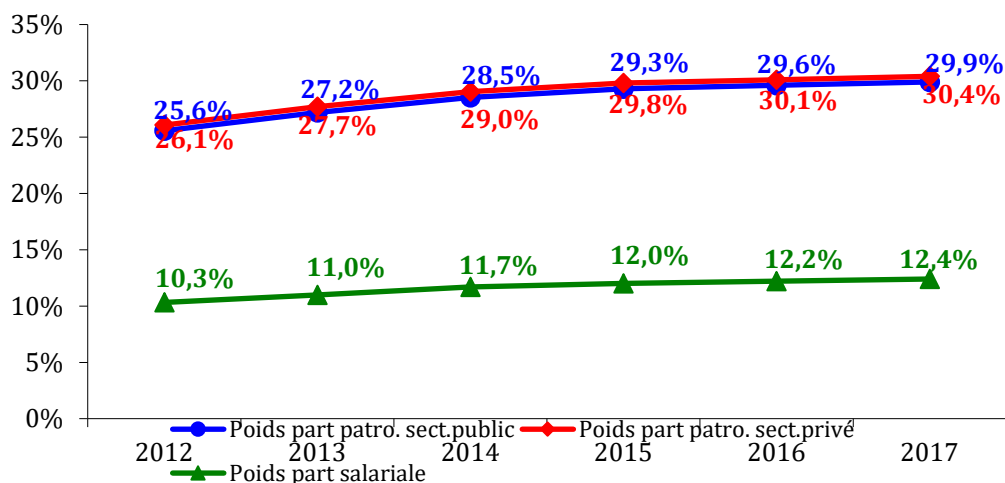
Source : Cleiss.

La croissance des cotisations sur la période 2014-2017 s'explique à la fois par une amélioration de la masse salariale et par le relèvement du taux de prélèvement.

Après 5 années de régression entre 2010 et 2014, le nombre d'emplois salariés a augmenté à partir du second semestre 2014 (cf. annexe 1). Entre les 5 premiers mois de 2017 et les 5 premiers mois de 2018, la progression des emplois salariés s'est établie en moyenne à + 2 % (+ 1 221 salariés). La masse salariale s'est accrue d'environ 6 % pour les assiettes de cotisation maladie (6,50 %), retraite tranche A (6,05 %) et tranche B (5,82 %).

A cette augmentation structurelle de l'assiette s'est ajouté un rehaussement des taux de cotisations de 2,1 % (+ 1,4 % sur la part patronale et + 0,7 % sur la part salariale) comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 3 : Évolution du poids des cotisations entre le SMIG et le plafond Retraite A

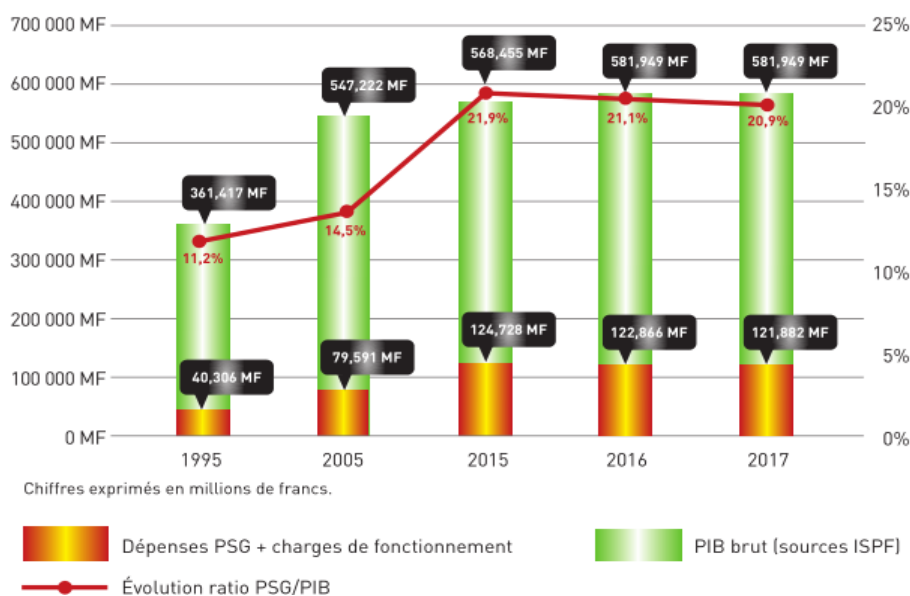


Source : CPS.

1.4 La PSG représente aujourd’hui près de 20 % du PIB de la Polynésie

Dans son périmètre actuel, la part que la PSG représente dans le PIB de la Polynésie est passée de 11,2 % en 1995 à son instauration à 20,9 % en 2017. L'ordre de grandeur est comparable aux dépenses globales des régimes de sécurité sociale en métropole (21,3 %²⁹), mais, du fait d'un PIB/habitant inférieur de moitié, la dépense par habitant est moins importante dans la même proportion.

Graphique 4 : Évolution de la part de la PSG dans le PIB Polynésien 1995-2017



Source : CPS et ISPF.

²⁹ 488 Mds € / 2 291 Mds €. Source : chiffres clefs DSS et INSEE.

Par type de risques, la santé et les retraites constituent en 2017 l'essentiel des charges de la PSG.

Tableau 4 : Répartition du poids des risques dans les charges de la CPS 1995-2017

	1995	2015	2016	2017
Santé (AM/AT)	54 %	46,9 %	46,2 %	46 %
Vieillesse	24,8 %	39,3 %	39,9 %	40,3 %
Famille	15,4 %	6,5 %	6,4 %	6 %
Handicap	2,6 %	4,7 %	4,6 %	4,6 %
Action sociale	3,2 %	2,6 %	2,9 %	3 %

Source : *Source : CPS.*

Selon les données provisoires communiquées à la mission, la dynamique des dépenses devrait s'accroître en 2018, du fait notamment de la maladie (+ 5,9 %).

Tableau 5 : Évolution des dépenses d'allocations de la PSG (MF CFP)

	2014	2015	2016	2017	2018 *
Maladie	48 172	50 946	51 110	52 134	55 211
Retraite	41 712	42 594	44 170	45 696	47 524
Famille	7 287	7 083	7 067	6 843	6 834
Handicap	4 886	5 104	5 078	5 171	5 669
Action sociale	2 746	2 781	3 257	3 456	3 741
Total (MF CFP)	104 803	108 508	110 682	113 300	118 979
Total (M€)	878,7	909,7	928	949,9	997,6
Evolution annuelle	/	+3,5 %	+2,0 %	+2,4 %	+5,0 %

(*) Données d'atterrissage budgétaire communiquées à la mission avant la clôture de l'exercice, situations au 15/11/2018. Hors charges administratives et provisions.

Source : *données CPS, calculs mission.*

2 UNE CAISSE UNIQUE DE GESTION DES TROIS REGIMES

2.1 La gouvernance de la CPS

La CPS, organisme de droit privé chargé d'une mission de service public, gère les trois régimes de la protection sociale. Son directeur et son agent comptable sont nommés par le gouvernement, après avis du conseil d'administration de la caisse. Elle recouvre les cotisations, et délivre les prestations en nature et en espèces, à l'exception des fonds d'action sociale (FAS) qui sont gérés par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) pour le compte des régimes de protection sociale.

Le conseil d'administration est l'émanation du régime général des salariés³⁰. La CPS gère par délégation (et contre rémunération³¹) les deux autres régimes, qui disposent de leur propre conseil

³⁰ Le CA du RGS est composé de 14 représentants des salariés, et de 14 représentants des employeurs, élus pour un mandat de deux ans renouvelable.

³¹ La mission des inspections générales de 2014 avait décrit et analysé la façon dont les frais de gestion sont refacturés au RNS et au RSPF. Elle avait suggéré que la méthode de comptabilité analytique qui fonde cette ventilation fasse l'objet d'un audit externe.

d'administration (RNS) et comité de gestion (RSPF). Elle assure la coordination avec les régimes de sécurité sociale de métropole.

Comme pour beaucoup des organismes de la sphère publique, l'assemblée de la Polynésie française et le conseil des ministres examinent et approuvent les délibérations du conseil d'administration. Le gouvernement du Pays est présent dans les instances délibérantes, avec 3 représentants du territoire au CA de la CPS au titre des employeurs. Il assume la Présidence du comité de gestion du RSPF auquel participent également le ministre de la santé ainsi que deux représentants de l'État désignés par le Haut-commissaire.

Pendant la période d'instabilité gouvernementale et administrative d'avant 2015, selon les interlocuteurs de la mission, la CPS a été largement autonome dans les décisions relatives à l'organisation et au financement de la protection sociale³². Avec notamment la création de l'agence de régulation sanitaire et sociale (ARASS, qui intervient pour la première fois pour l'examen du budget 2019 de la PSG), l'élaboration d'un schéma d'organisation sanitaire, et la pratique des lettres de cadrage annuelles du ministre de la Santé³³, le gouvernement du Pays et son administration reprennent la main sur les évolutions de la protection sociale (cf. 5.2).

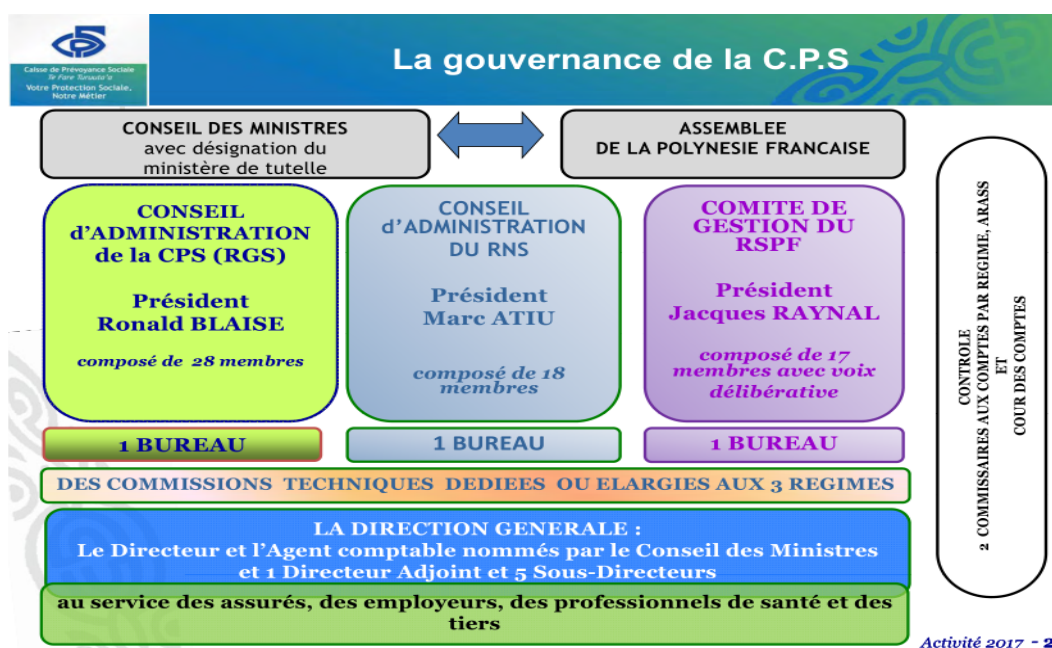
Pour ce qui est de la gestion de la CPS elle-même et de sa performance, le rôle du Pays est encore limité, faute d'instrument de contractualisation comme il en existe en métropole. L'examen des délibérations du Conseil ne procure qu'une vision ponctuelle.

Recommandation n°1 : Instaurer un système de convention d'objectifs et de gestion entre le Pays et la CPS

³² En théorie, le gouvernement a des pouvoirs étendus d'orientation et contrôle : Selon la loi organique de 2004, le conseil des ministres fixe les règles applicables en matière de « plafonds de rémunérations soumises à cotisation et taux de cotisation pour le financement des régimes de protection sociale » et en matière de « montants des prestations au titre des différents régimes de protection sociale ». En outre, le conseil des ministres peut demander dans un délai de 31 un réexamen des délibérations qui lui sont transmises ; et, en cas de désaccord persistant, le conseil des ministres statue en dernier ressort.

³³ Son arrêté d'attributions du 23 mai 2018 précise qu'« il conçoit et développe la politique du gouvernement et les réformes en matière de protection sociale, de financement et d'équilibre des comptes sociaux, de maîtrise des dépenses de santé ».

Graphique 5 : Organisation de la gouvernance de la caisse de protection sociale



Source : CPS

2.2 L'organisation administrative de la CPS

Outre l'agence comptable, la CPS est composée de six sous-directions :

- sous-direction de la protection sociale généralisée ;
- sous-direction financement et emploi ;
- sous-direction ressources humaines et environnement de travail ;
- sous-direction des systèmes d'information ;
- sous-direction prévention, contrôles, prospective et organisation ;
- sous-direction du contrôle médical.

Elle emploie à fin 2017 496 salariés. Les effectifs ont augmenté par rapport à fin 2016 (+ 42), mais l'effectif moyen mensuel est relativement stable, +1 % par an : 467 en 2015, 472 en 2016 et 476 en 2017. Selon les éléments communiqués par la CPS, les créations de postes en 2017 sont liées notamment aux modifications d'organigramme (création d'une direction clients, et d'une direction du contrôle) et à la digitalisation des opérations. La CPS a également repris en 2018 l'intégralité de la gestion des admissions et renouvellements d'adhésion au RSPF, antérieurement partagée avec la direction des solidarités.

Malgré l'évolution du nombre de bénéficiaires de la PSG et l'élargissement progressif du périmètre des activités de la caisse, les charges de gestion sont maîtrisées. Le ratio frais de gestion/charges techniques est de 4,28 % en 2018 (il était de 4,11 % en 2013. Le plan triennal 2018-2020 prévoit de le ramener à 3,95 % en 2020). Selon le PLFSS 2019, les frais de gestion des caisses métropolitaines de sécurité sociale s'échelonnent entre 3,34 % pour la CNAM, 2,22 % pour la CNAF et 0,93 % pour la CNAV, chacune des trois caisses nationales améliorant leur performance sur les quatre dernières années. Si des efforts de productivité sont toujours nécessaires, il n'est pas anormal que la CPS, du fait de la taille du portefeuille d'assurés et de son caractère multi-régimes, connaisse un taux de frais de gestion supérieur.

Sur la période 2012-2018, les frais de gestion progressent de 3,8 % au total, l'effort de maîtrise ayant porté essentiellement sur les achats et charges extérieures. Les frais de personnel, dont le précédent rapport des inspections générales³⁴ avait constaté que le rythme de progression avait décéléré à partir de 2009 (+ 5,8 % sur la période 2009-2013), sont demeurés sur la même tendance (+5,9 % sur la période 2014-2018). Les frais de gestion³⁵ sont imputés à 68,1 % au RGS, 7,1 % au RNS, 18,3 % au RSPF et 6,5 % à la sécurité sociale.

Tableau 6 : Évolution des frais de gestion 2012-2018 (Budgets, votés, MF CFP)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2012
Personnel	29,5	29,7	30,3	30,2	31,2	31,3	32,1	+8,8 %
Achats et charges extérieures	5,24	5,24	5,24	5,24	5,21	5,15	5,11	-2,5 %
Autres	4,3	3,8	3,7	3,9	3,7	3,7	3,3	-23,3 %
Total	39,04	38,74	39,34	39,14	40,25	40,25	40,51	+3,8 %

Source : CPS

Du fait de la géographie de la Polynésie, la CPS gère sur le territoire 14 antennes, dont 8 hors Tahiti, afin d'assurer un service de proximité même si les ressortissants sont peu nombreux (seules les antennes de Raiatea et Moorea ont un volume d'activités comparable aux antennes situées sur Tahiti). Hors Polynésie, la CPS dispose aussi de deux antennes à Paris (6 personnes) et à Auckland (2 personnes), chargées de l'accueil et de l'organisation du séjour des patients qui bénéficient d'une évacuation sanitaire (« evasan », cf. annexe 5). En 2017, le coût de fonctionnement des antennes de Paris et d'Auckland a été respectivement de 50,9 MF CFP (428 k€) et de 19,3 MF CFP (162 k€), et les effectifs sont restés constants depuis 2014. Les 14 antennes de Polynésie (+ le bus itinérant) emploient 73 personnes à fin 2017.

Tableau 7 : Activité des antennes (en nombre d'actes : dossiers, pièces et mandats, cotisations)

	TOTAL 2017	TOTAL 2016	2017/2016
Raiatea	333 496	320 450	+4,1 %
Taravao (Tahiti)	310 600	295 991	+4,9 %
Faaa (Tahiti)	288 509	286 771	+0,6 %
Moorea	242 281	235 946	+2,7 %
Papara (Tahiti)	185 527	191 035	-2,9 %
Mahina (Tahiti)	183 443	188 636	-2,8 %
Accueil CPS	96 808	90 180	+7,3 %
Bora-Bora	85 742	88 174	-2,8 %
Pirae-CHPF (Tahiti)	64 218	70 331	-8,7 %
Marquises nord	63 904	61 483	+3,9 %
Punaauia (Tahiti)	43 352	42 717	+1,5 %
Marquises sud	40 293	38 713	+4,1 %
Huahine	35 650	38 651	-7,8 %
Rangiroa	35 522	34 187	+3,9 %
Bus itinérant	14 532	12 851	+13,1 %
Total	2 053 412	2 027 634	1,3 %

Source : CPS, rapport d'activité 2017.

³⁴ Cf. annexe III, partie 5.9. Le rapport avait préconisé une renégociation de la convention collective de la CPS, généreuse sur plusieurs aspects (droit au voyage hors Polynésie, prise en charge des frais médicaux...), mais cet aspect avait été retiré de la convention de 2015 suite à une grève du personnel.

³⁵ Prévision budget 2019

Outre cet accueil physique dans ses antennes, la CPS a récemment réorganisé son accueil « multi-canal » (plate-forme téléphonique et internet), et prévoit la création en 2019 d'une direction de la clientèle.

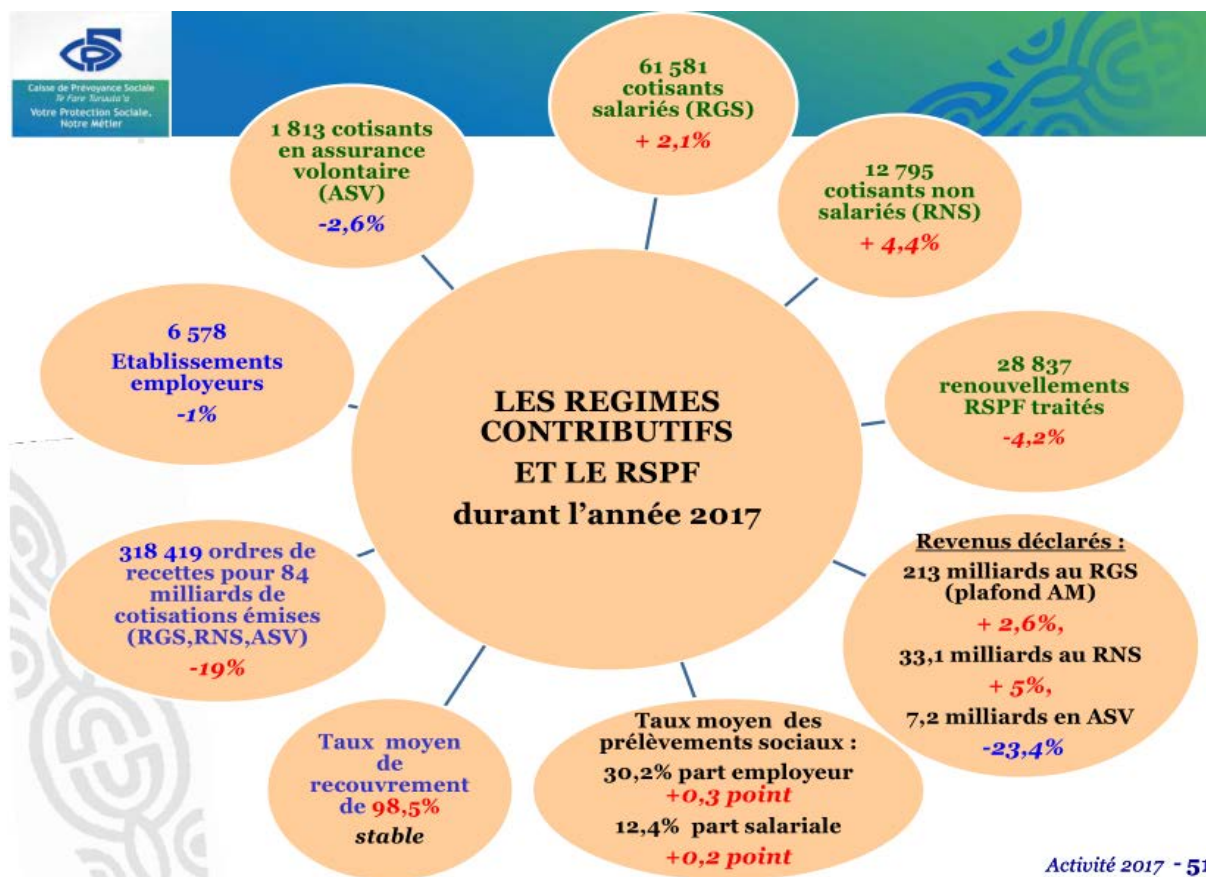
Le système d'information de la CPS a déployé progressivement ces dernières années un ensemble de services en ligne, à destination des employeurs (déclaration préalable à l'embauche, déclaration de main d'œuvre, ordre de recette émis) ; des affiliés (notamment admissions et renouvellements pour le RSPF, cf. annexe 3) ; et des professionnels de santé (ordonnances et factures des pharmacies, factures en tiers payant, relevé des prestations, numérisation des feuilles de soins).

La Direction des Systèmes d'information (41 agents) gère en production 49 applications, pour un volume de données de 822 giga-octets. Le parc informatique de la CPS comporte deux data centres (et un site de secours) et 500 postes de travail répartis entre le siège et les antennes. Avec l'accroissement du périmètre d'activité de la CPS, et les progrès de la dématérialisation, la charge du maintien opérationnel des applications s'accroît : en jours/homme, les tâches de maintenance sont passées de 1057 en 2014 à 1860 en 2017 ; et le caractère vieillissant de certaines des applications de cœur de métier rendent à la fois la maintenance plus complexe, et le besoin de renouvellement plus aigu. Pour mieux maîtriser le cycle de développement des nouveaux projets (18 en cours en 2017), il a été créé en son sein en 2017 un « bureau de projets » chargé d'accompagner les chefs de projet aux niveaux décisionnel et opérationnel.

L'année 2017 a vu la création d'une fonction de contrôle interne au niveau de la direction générale. Ses premières tâches ont porté sur la sensibilisation du personnel au contrôle interne, la mise en place de la cartographie des risques et la rédaction des processus opérationnels, avec le service organisation de la caisse.

Comme les caisses nationales de sécurité sociale métropolitaines, l'activité de la CPS est en lien avec la quasi-totalité de la population et des acteurs économiques. Les besoins de coordination et de concertation sont donc importants.

Graphique 6 : Le réseau partenarial de la CPS : évolutions 2016-2017



Source : CPS, rapport d'activités 2017.

2.3 L'activité de recouvrement

Le taux moyen de recouvrement des cotisations du RGS et du RNS³⁶, à 98,5 %, est satisfaisant³⁷. Les cotisations sont collectées auprès de 6578 employeurs et 12 795 cotisants non-salariés. Le taux de recouvrement global est stable entre 2013 et 2017 pour le RGS, mais baisse de trois points pour le RNS. La dématérialisation des déclarations des employeurs progresse en 2017 ; 55,7 % (+ 9 points) d'entre eux étant inscrits à l'application de télé déclaration « REVA », ce qui explique sans doute la progression du taux de recouvrement dans les délais du RGS.

³⁶ Le RSPF n'est pas financé par cotisations mais sur le budget du Pays au travers du Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP). Cf. annexe 3.

³⁷ Dans un rapport d'octobre 2018, la Cour des Comptes qualifie à l'opposé celui des DOM de « largement défaillant » <https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-10/RALFSS-2018-10-caisses-securite-sociale-Guadeloupe-Guyane-Martinique.pdf>.

Tableau 8 : Évolution du taux de recouvrement du Régime Général des Salariés

Année d'émission	Taux global	Dont dans les délais	Dont inférieur à un an	Dont supérieur à un an
2013	98,40 %	94,26 %	1,97 %	2,17 %
2014	98,92 %	95,00 %	2,27 %	1,64 %
2015	99,13 %	96,57 %	1,25 %	1,31 %
2016	99,24 %	96,37 %	1,40 %	1,47 %
2017	99,19 %	97,07 %	1,34 %	0,77 %

Source : CPS.

Tableau 9 : Tableau 1 : Évolution du taux de recouvrement du Régime des Non-Salariés

Année d'émission	Taux global	Dont dans les délais	Dont inférieur à un an	Dont supérieur à un an
2013	95,35 %	83,33 %	5,79 %	6,23 %
2014	95,16 %	82,23 %	6,27 %	6,66 %
2015	94,67 %	81,95 %	6,24 %	6,49 %
2016	93,69 %	80,63 %	6,90 %	6,15 %
2017	92,23 %	78,93 %	9,66 %	3,64 %

Source : CPS.

A fin 2017, les créances échues des employeurs représentent un total de 10,395 MdF CFP (87,2 M€) dont la majorité (88 %) au contentieux ; soit une nette diminution par rapport à fin 2016 (13, 745 MdF CFP), qui s'explique par la mise en œuvre des dispositions de la loi du Pays du 13 janvier 2017 portant annulation complémentaire des cotisations sociales, des majorations de retard et des pénalités, dues par les employeurs au titre des avantages en nature et en espèces.

L'activité de contrôle diminue fortement en 2017 en nombre de personnes contrôlées et corrélativement du nombre de personnes sous-déclarées. Selon le rapport d'activité de la CPS, cette diminution s'explique par la concentration des contrôles sur le régime des salariés (81 % des personnes contrôlées) et par la diminution de la taille des entreprises contrôlées en 2017, celles-ci comptant un effectif moyen de 7 salariés. Le ratio des personnes sous-déclarées/personnes contrôlées était de 92 % en 2016, il n'est plus que de 21 % en 2017, ce qui interroge sur la pertinence de la définition des cibles de contrôle³⁸.

Cette diminution va de pair avec celle de l'assiette des cotisations contrôlées (-92 %) et le recul du montant des redressements (-98 %).

³⁸ La mission n'a pas approfondi ces aspects, la gestion de la CPS n'étant pas dans son mandat.

Tableau 10 : Activité de contrôle des cotisations en 2016 et 2017

Année	Nb de réquisitions de contrôle		Nb des personnes contrôlées		Nb de personnes sous-déclarées		Nb de personnes non déclarées	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
RGS	256	254	11 985	1 704	11 070	358	44	52
RNS	125	220	81	59	13	7	4	17
RSPF	390	1 043	238	331	0	8	0	0
Sous-total	771	1 517	12 304	2 094	11 083	373	48	69
Forfaits	59	62	60	41	29	1	3	1
Total	830	1 579	12 364	2 135	11 112	374	51	70

Source : CPS, rapport d'activité 2017.

2.4 La coordination avec les régimes métropolitains de sécurité sociale

Le régime de protection sociale polynésien étant autonome, il est amené à rembourser les prestations en nature dont les frais ont été avancés par les régimes métropolitains d'assurance maladie à l'occasion d'une évacuation sanitaire ou de soins inopinés d'un assuré polynésien en métropole ou dans les DOM. A l'inverse, les régimes d'assurance maladie de métropole lui remboursent les soins effectués en Polynésie pour des ressortissants de la sécurité sociale métropolitaine, notamment les fonctionnaires d'État qui, contrairement à la situation en Nouvelle Calédonie, y restent affiliés (cf. 5.4). Près de 26 000 personnes relevant de la sécurité sociale nationale résident et sont pris en charge par la CPS, avant refacturation et remboursement des soins, soit près de 10 % du total des assurés sociaux.

Cette coordination des régimes de sécurité sociale fait l'objet d'un accord État/Pays négocié en octobre 1994 (délibération n° 94-138/AT du 02/12/1994 de l'Assemblée de Polynésie, et décret n° 94-1146 du 26/12/1994³⁹). D'un point de vue pratique, et comme pour les autres dépenses de sécurité sociale à l'étranger, c'est le centre national des soins à l'étranger (CNSE) de Vannes qui est la contrepartie administrative de la CPS pour la gestion de cet accord. Mais malgré cet accord, la totalité des factures émises pour des soins en métropole ne transitent pas par le CNSE : celles relatives aux soins délivrés dans les établissements de soins en métropole (notamment les hôpitaux de l'AP-HP) font l'objet d'une facturation directe à la CPS,

2.4.1 Le circuit d'échanges avec le Centre National des Soins à l'Étranger

Pour le flux qui transitent par le CNSE, le volume des créances polynésiennes (65 M€ en moyenne annuelle, 7,8 MdF CFP) est très supérieur à celui des régimes métropolitains sur la CPS, qui depuis 2014 varient annuellement entre 720 K€ et 1,3 M€ – en raison notamment de la facturation des effecteurs de soins métropolitains qui ne transite pas par le CNSE. De 2011 à 2017 inclus, le CNSE a présenté 3,8 M€ (454 MF CFP) de créances à la Polynésie, qui en a réglé 2,3 millions (275 MF CFP soit 60,9 %), et la CPS a présenté 397,6 M€ (47,5 MdF CFP) de créances à l'assurance maladie de métropole, qui en a réglé 388,8 M€ (46,5 MdF CFP, soit 97,8 %).

³⁹ La circulaire n° DSS/DCI/95/43 du 10/05/1995 en précise les modalités d'application.

Tableau 11 : État des créances de l'assurance maladie de métropole sur la CPS au 01/11/2018

Année de référence	Montants présentés (€)	Montants acquittés (€)	%
De 2011 à 2013		1 058 214	-
2014	877 237	806 558	91,9 %
2015	959 400	480 585	50,1 %
2016	721 950		0 %
2017	1 290 133		0 %
TOTAUX	3 848 720	2 345 356	60,9 %

Source : CNSE.

Le faible taux de recouvrement des créances de la métropole s'explique par les retards dans l'émission des créances par le CNSE : selon la CPS, les créances de 2015 ont été reçues en août 2016 ; et celles de 2016 en janvier 2018. A cela se sont ajoutés des problèmes de rapprochement des codes actes entre ceux de la sécurité sociale et ceux de la CPS. Toujours selon la CPS, à fin janvier 2019 l'ensemble des créances de 2015, 2016 et 2017 ont été remboursées, et celles du 1^{er} semestre 2018, réceptionnées le 13 décembre, sont en cours de traitement.

Du fait de l'importance des créances polynésiennes, et pour ne pas accroître le besoin en fonds de roulement de la CPS, il a été convenu que le CNSE verserait semestriellement, au milieu du semestre, une avance égale à 95 % du montant facturé du semestre précédent (hors frais de gestion de 5,75 %).

En sens inverse, les créances de la CPS présentées à la sécurité sociale sont en nette progression sur la période 2011-2017, en raison de la forte augmentation des tarifs des soins appliqués aux assurés métropolitains (cf. annexe 6).

Tableau 12 : Créances présentées par la CPS aux régimes d'assurance maladie de métropole

Année de référence	Montants présentés en € (frais de gestion inclus)	Montants payés en €	%
2011	35 352 399,75	35 106 841,41	99,3 %
2012	47 603 078,43	46 894 439,23	98,5 %
2013	58 614 780,71	57 616 959,41	98,3 %
2014	57 982 219,76	56 816 298,30	97,9 %
2015	65 652 290,02	63 614 793,08	96,9 %
2016	67 137 292,38	67 039 080,58	99,9 %
2017	65 257 902,21	61 761 043,40	94,6 %
2018 (1er sem.)	32 372 485,72	30 944 729,90	95,6 %
TOTAUX	429 972 448,98	419 794 185,30	97,6 %

Source : CNSE.

Ce mécanisme a souffert des lacunes administratives du CLEISS⁴⁰ qui, jusqu'en 2015 et au transfert de cette mission au CNSE, en était chargé. Pour autant, la CPS fait état de difficultés persistantes dans cette relation⁴¹. Comme il le pratique pour l'ensemble des demandes de remboursements de la part

⁴⁰ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale.

⁴¹ Un audit interne CPS en date du 27 juin 2017 en a fait l'analyse. La mission IGAS/IGF relative aux dépenses de sécurité sociale à l'étranger a fait le constat des difficultés administratives intrinsèques à la gestion des accords internationaux de sécurité sociale, la situation de la Polynésie n'étant pas de ce point de vue exceptionnelle.

de régimes étrangers, le CNSE opère un contrôle de la validité des factures qui lui sont présentées, ce qui occasionne un certain nombre de rejets, qui sont notifiés à la CPS. Le nombre de rejets est significatif : sur une période de 11 semestres courant jusqu'au 1^{er} semestre 2016, une étude de la CPS recense près de 3000 rejets, pour un montant de 1,466 MF CFP (12,3 M€). Les trois principaux motifs de rejet sont l'absence d'affiliation auprès de l'organisme de sécurité sociale (38 % des montants), un numéro d'immatriculation absent ou incorrect (31 %), et l'absence de détail des prestations servies (16 %).

Certains des rejets portent sur des exercices très anciens, et il est vraisemblable qu'ils ne pourront plus être régularisés, même si le CNSE ne faisait pas jouer le délai de cinq ans de prescription des créances (le délai d'archivage des pièces à la CPS est de dix ans). Le CNSE n'avait pas encore, à la date de la mission, contrôlé les créances postérieures au 1^{er} semestre 2016.

Tableau 13 : État par année des rejets opérés par le CLEISS et le CNSE 2011-2018

Année	Situation 11/2017	Situation 11/2018	variation
2011	78 946 561	28 432 025	-50 514 536
2012	129 569 239	85 946 684	-43 622 555
2013	176 192 432	117 729 562	-58 462 870
2014	287 847 679	137 045 017	-150 802 662
2015	408 148 884	196 580 188	-251 568 696
2016 1er sem.	153 547 746	88 071 689	-65 476 057
2017	-	-	-
2018	-	-	-
TOTAL rejets	1 234 252 541	653 805 165	-580 447 376

Source : CPS.

Les rejets du CNSE/CLEISS font l'objet de provisions pour dépréciation. La règle qui a prévalu jusqu'en 2015 était un taux de provision de 100 % sur les rejets de plus de 5 ans. A compter de l'exercice comptable 2016, la Caisse provisionne aussi sur recommandation des commissaires aux comptes, et à hauteur de 50 %, les rejets de moins de 5 ans, avec toutefois les restrictions suivantes :

- dossiers d'assurés sans droits ouverts en 2017 ;
- rejets pour motifs 1 (N° immatriculation absent ou incorrect) et 4 (aucune affiliation auprès de l'organisme) uniquement.

Selon les comptes certifiés sans réserves du RGS, le total des créances du régime sur la sécurité sociale s'établissent à 2 076 MF CFP (17,4 M€). Du fait de leur ancienneté et des risques de prescription d'une partie, une provision de 832 MF CFP (7 M€) a été passée en clôture de 2017, soit 40 % du total. Un règlement de ce contentieux, en accord avec les commissaires aux comptes, est nécessaire et urgente.

En cas de rejets, la CPS doit présenter les éléments justificatifs dont elle dispose, mais jusqu'à une clarification des processus par note de service de janvier 2017, il n'existait pas de suivi organisé des réponses apportées. En retour, la CPS indique qu'elle n'a pas d'information claire sur l'acceptation ou non par le CNSE des créances réintroduites.

La CPS a émis l'idée que le CNSE n'émette plus de rejets des factures présentées, quel qu'en soit le motif, à charge pour lui d'effectuer les recherches à leur validation si nécessaire. Cette revendication n'apparaît ni fondée, s'agissant d'un accord de coordination où il est indispensable que les parties

s'accordent sur leurs créances et dettes réciproques, ni praticable puisque la correction des erreurs, par exemple d'immatriculation, ne peut se faire que sur place auprès des assurés.

En revanche, l'audit interne de mi-2017 relève que « les accords de coordination et les échanges de mail ne permettent pas de pallier ce manque. Les pratiques internes décrites, parfois avec hésitation sont rarement validées par une procédure écrite et à jour. Le pilotage des accords de coordination se pratique à vue, au fur et à mesure que les difficultés se présentent, générant ainsi d'importants risques financiers avérés. Cette organisation et ce fonctionnement ne permettent pas de fournir une assurance raisonnable du niveau de maîtrise de cette activité ».

Outre les nécessaires améliorations des processus internes à la CPS, la diminution des rejets dépend d'abord de la qualité de l'information transmise par les fournisseurs de soins, en premier lieu le CHPF. Elle demande aussi une meilleure concertation entre la CPS et le CNSE. Un premier échange a eu lieu en 2016. Il serait utile qu'il soit renouvelé en 2019, à l'initiative de la DSS, et des principaux régimes concernés (CNAM, CNMSS et régimes fonctionnaires)⁴².

Recommandation n°2 : Organiser, à l'initiative de la DSS, une commission mixte CPS/régimes d'assurance maladie de métropole en 2019 afin d'apurer les comptes et de simplifier les circuits.

2.4.2 Le circuit de facturation directe de l'AP-HP à la CPS

Les patients polynésiens « évasanés » (faisant l'objet d'une évacuation sanitaire) vers la métropole le sont majoritairement vers des hôpitaux de l'AP-HP. Celle-ci, comme les autres établissements contactés par la mission, facture directement les séjours à la CPS, malgré l'accord de coordination, la raison évoquée étant que cette dernière prend aussi en charge les forfaits hospitaliers et les suppléments chambre seul, qui ne sont pas compris dans la tarification à l'activité.

Alors que les montants de factures présentées à la CPS qui transitent par le CNSE sont de l'ordre du million d'euros annuel, les flux de facturation de l'AP/HP sont 15 fois supérieurs.

Tableau 14 : Facturations de l'AP-HP à la CPS de 2016 au 15/01/2019

Année	Nb de titres	Montants facturés €	Encaissements €	Annulations €	Restes à recouvrer €
2016	1 466	14 842 383,79	14 776 507,55	797 213,23	105 555,95
2017	1 209	13 893 346,79	13 314 881,83	247 551,20	691 745,85
2018	1 497	15 825 938,50	12 996 185,61	363 413,23	2 826 892,95
2019 (15/01)	87	774 832,89		52 950,00	882 286,89
TOTAL	4 259	45 336 501,97	41 087 574,99	1 461 127,66	4 506 481,64

Source : AP-HP.

2.4.2.1 L'apurement de la dette antérieure à 2015 est un engagement de la convention

Lors de la négociation de la convention État/Pays, la question de la dette accumulée par la CPS vis-à-vis de l'AP/HP a été soulevée. Il a été décidé d'annuler la dette antérieure au 1/1/2015, pour un montant de 6 M€ (715 MF CFP), annulation compensée par une dotation spécifique à l'AP/HP versée

⁴² Si la recommandation de la mission d'affiliation des fonctionnaires d'État et de leurs ayant-droits à la CPS est suivie (cf. 5.4), le volume des créances sera à l'avenir limité aux assurés sécurité sociale de passage.

le 25 mars 2015. La mise en œuvre de cette décision a donné lieu à de multiples échanges entre les comptables de l'AP-HP et de la CPS tout au long des années 2015 et 2016.

Cet engagement de l'État a été tenu (cf. annexe 4 exécution de la convention).

2.4.2.2 Les dettes postérieures au 31 décembre 2014

La situation de la CPS vis-à-vis de l'AP-HP, en date du 28 janvier 2019, présente un solde débiteur de près de 5 M€.

Tableau 15 : État des dettes de la CPS vis-à-vis de l'AP-HP au 28/01/2019

	Montant (€)	%
Titres dus de 2015	250 315,09	5,1 %
Titres dus de 2016	105 555,95	2,1 %
Titres dus de 2017	691 745,85	14,1 %
Titres dus de 2018	2 816 186,92	57,3 %
Titres dus de 2019	1 038 382,92	21,1 %
Total émis	4 902 186,73	
EDV en instance	15 476,73	0,3 %
TOTAL	4 917 663,46	100 %

Source : DGFIP – direction spécialisée des finances de l'AP-HP.

2.4.3 Les tarifs pratiqués par l'AP-HP et par le CHPF

La convention État/Pays de 2015 prévoyait outre l'annulation de la dette antérieure à 2015 l'alignement des tarifs pratiqués pour les assurés polynésiens sur ceux de la métropole. Malgré la disposition intervenue à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (article 82), qui a prévu cet alignement, l'AP-HP a continué, tout au long de 2017 et 2018, à émettre ses factures sur la base inchangée des forfaits journaliers. (cf. annexe 4 exécution de la convention).

Dans le cadre de la convention État/Pays, la Polynésie s'était engagée, de façon réciproque à l'alignement de la tarification métropolitaine, à réduire les « sur tarifs » pratiqués par le CHPF vis-à-vis des patients assurés de la sécurité sociale (cf. annexe 6). Cette question doit être traitée en même temps que la résolution du problème de non application de la LFSS 2017, et se traduire par un engagement chiffré du gouvernement de Polynésie⁴³.

2.5 Les prestations

2.5.1 Les prestations familiales

Comme indiqué supra, si les trois régimes comportent des prestations familiales, leur montant varie. En particulier, le montant des allocations familiales (versées en Polynésie dès le premier enfant) est plus important pour les ressortissants du RSPF (10 000 F CFP par mois, 84 €) que pour ceux du RGS (7 000 F CFP, 59 €).

⁴³ Si la recommandation (cf. *infra* 5.4) d'affiliation des fonctionnaires d'État et de leurs ayant droits était suivie, la question des « surtarifs » se réduirait aux résidents de moins de six mois et aux assurés sociaux de passage.

Le risque famille est financé à la fois par des cotisations et des subventions du Pays :

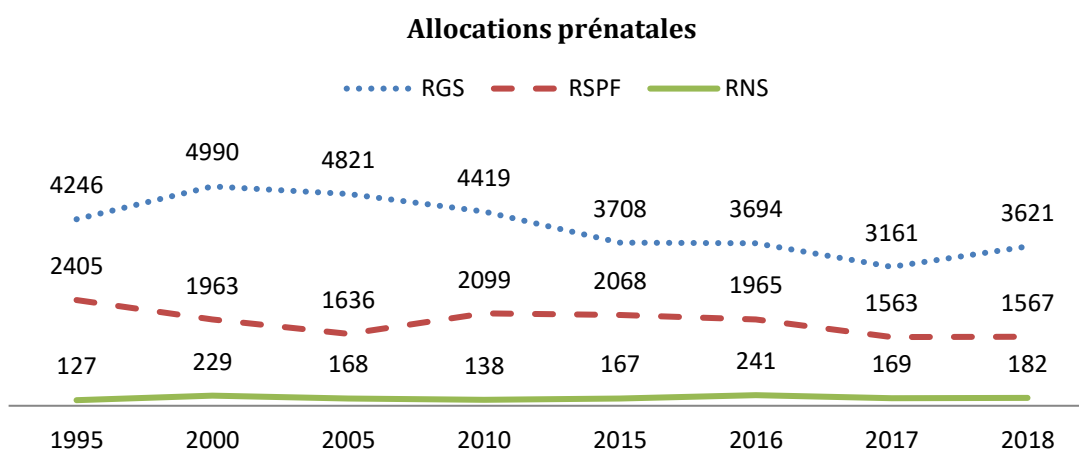
- Pour le RGS : financement par une cotisation à charge des employeurs selon un taux de 3.24 % et un plafond de rémunérations égal à 750.000 F CFP ;
- Pour le R.S.P.F. : financement par le biais d'une subvention du fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP, voir annexe 3) ;
- Pour le R.N.S. : financement partiel par une cotisation à la charge des ressortissants à raison de 9,84 % et d'un plafond de 2, 5 MF CFP et par une subvention du Pays (400 MF CFP en 2018, soit 3,35 M€).

En 2017, 66 % des enfants (54 300) bénéficiaires des prestations familiales relèvent du RGS, 28 % (23 600) du RSPF et 6 % (4 950) du RNS.

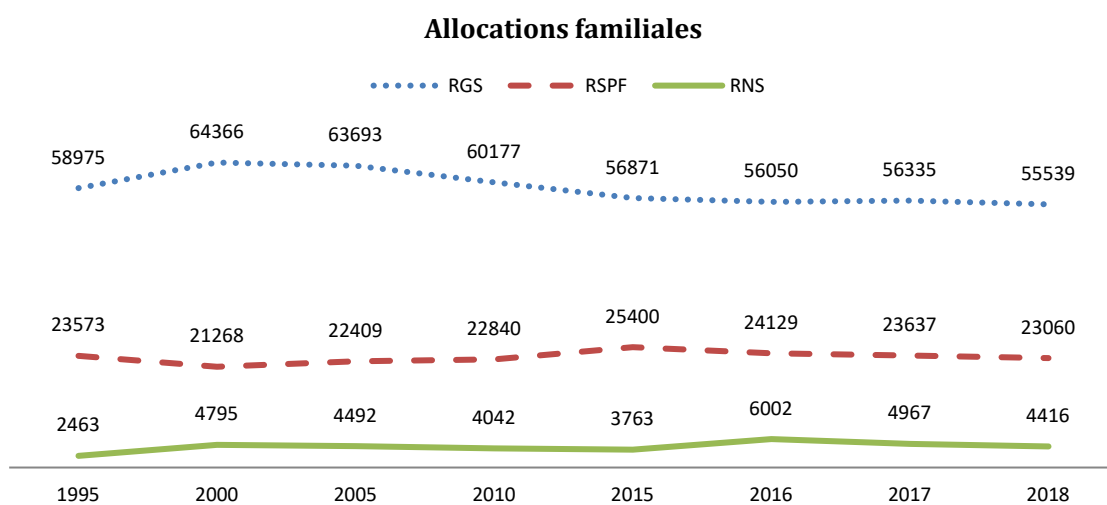
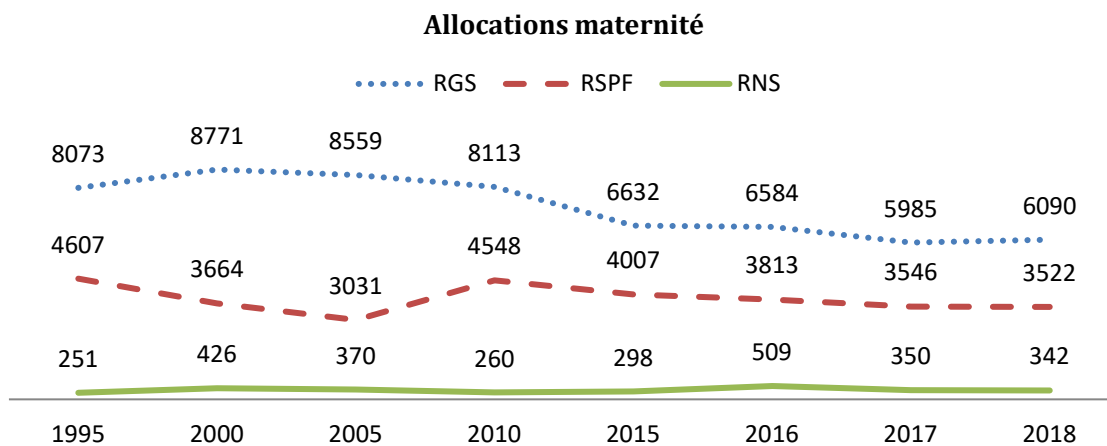
Le budget total des prestations familiales en 2018 est de 6,801 MdF CFP (57 M€), dont 4,389 MdF CFP (37 M€, 64 %) pour les prestations légales⁴⁴, et parmi celles-ci 3,954 MdF CFP (33 M€, 58 %) pour les allocations familiales.

Traduction de la baisse de la natalité en Polynésie (selon les données du recensement 2017, l'indice conjoncturel de fécondité des femmes est passé de 2,1 en 2012 à 1,8 en 2018), le nombre de bénéficiaires de la plupart des prestations, notamment des allocations familiales, est orienté à la baisse depuis 2015 (ce qui conforte les perspectives de diminution du budget alloué à champ inchangé, cf. 6).

Graphique 7 : Evolution par régimes des bénéficiaires d'allocations 1995-2018



⁴⁴ Les prestations extra-légales sont constituées d'aides attribuées essentiellement en nature selon des conditions de ressources dans le cadre du Fonds d'action sociale et suivant un programme d'action sociale, familiale et sanitaire voté annuellement par le conseil d'administration. Cf. annexe 7.



Source : CPS.

2.5.2 Les prestations sociales

L'annexe 7 détaille les prestations servies par les différents régimes au travers de leurs fonds d'action sociale, qui sont gérés par délégation par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE).

2.5.3 Les prestations retraites

Le premier régime de retraite de Polynésie française a été créé en 1968, financé par des cotisations patronales et salariales. En 1974 un système d'assurance volontaire, l'AVTS, a étendu la retraite à certaines catégories de travailleurs non-salariés (agriculteurs, pêcheurs, commerçants, chefs d'entreprise). Un système de retraite par points réservé aux agriculteurs, pêcheurs, éleveurs et artisans a été créé en 1979 sous le nom de régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR). Un régime de retraite par répartition, établie sur la base d'annuités est venu remplacer le régime par point des salariés en 1987 (pour ce qui est aujourd'hui la « tranche A »).

Le régime de retraite est organisé aujourd'hui en deux tranches :

- la tranche A est un régime en annuités, à prestations définies, dépendant de trois paramètres : l'ancienneté acquise lors de la liquidation des droits, le salaire moyen de référence, le taux par année cotisée. Il est obligatoire pour le RGS, et facultatif pour le RNS ;
- la tranche B est un régime par points, à cotisations définies : le nombre de points acquis pendant la période d'activité donne droit à une pension complémentaire, fonction de la valeur du point chaque année. Il est obligatoire pour le seul RGS. A noter que l'affiliation à la date de création du régime s'est effectuée en validant sans contrepartie les points acquis au titre des périodes antérieures (entre 1987, date de création de la tranche A et 1996, date de création de la tranche B). Au 31/12/2018, ces « points gratuits » représentaient 42,7 % des pensions liquidées de la tranche B, soit un engagement annuel de l'ordre de 3,2 MdF CFP (26,8 M€).

Les conditions d'âge et d'ancienneté nécessaires à la liquidation des droits sont identiques pour les deux tranches, celles-ci ont été l'objet de la réforme votée par l'assemblée de Polynésie le 21 septembre 2018⁴⁵ (cf. 4). Les cotisations pour la tranche A s'appliquent sur la rémunération plafonnée à 258 000 F CFP mensuels (2 163 €) en 2018 ; celles de la tranche B concernent la part de rémunération comprise entre le plafond de la pension de base et 2 fois ce plafond.

Un dispositif de minima vieillesse complète le système de retraites :

- l'allocation complémentaire de retraite (ACR) pour le régime des salariés, financée via le Fonds social de retraite, intégré au régime des salariés, et imputée sur la tranche A. Son coût pour 2018 est anticipé à 2 576 M FCP (21,6 M€). Elle est alimentée à la fois par des cotisations⁴⁶, pour les salariés ayant cotisé plus de 15 ans, et par une subvention du Pays pour les bénéficiaires ayant cotisé moins de 15 ans (1, 444 Md F CFP en 2017, soit 12,1 M€)⁴⁷ ;
- l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) constitue le minimum vieillesse du régime de solidarité, et est destinée aux personnes n'ayant pas cotisé au régime des salariés.

Les conditions de liquidation (60 ans, ou 50 ans avec inaptitude médicale constatée⁴⁸) et règles de fonctionnement de ces deux allocations sont identiques. Elles sont accessibles aux personnes sans ressources ou dont les revenus sont inférieurs au seuil du minimum vieillesse, qui s'élève en 2018 à 80 000 F CFP pour une personne seule (671 €), et 140 000 F CFP pour un couple (1 174 €). 7865 personnes sont bénéficiaires de ces deux minima vieillesse à fin 2017.

92,2 % des pensionnés sont issus du régime général des salariés.

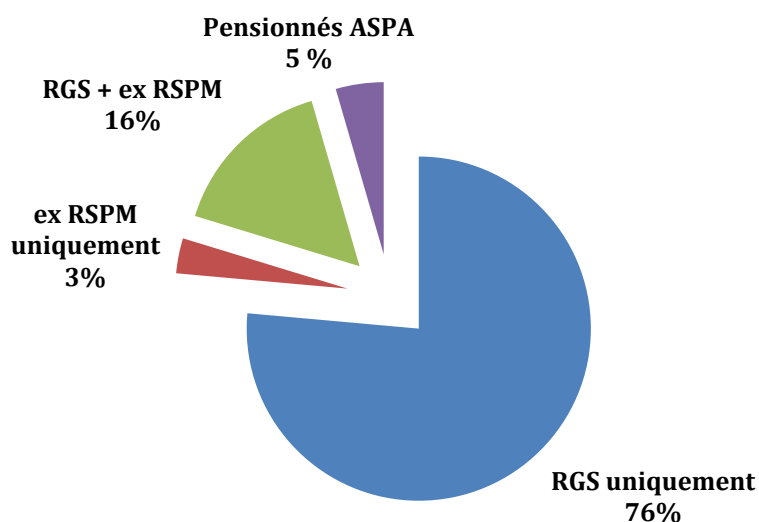
⁴⁵Loi du Pays n° 2018-26 LP/APF du 21 septembre 2018 portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social.

⁴⁶ 2/3 patronales et 1/3 salariés. En 2018, le produit est estimé à 769 M FCFP, et les charges à 647 M FCFP, auxquelles s'ajoutent des aides sociales de 156 M FCFP. Une cotisation exceptionnelle employeurs de 1 % a été instaurée en 2016, et a permis à fin 2017 d'apurer le déficit cumulé constaté (12 915 M FCFP à fin 2005).

⁴⁷ Le Pays prévoit dans son budget 2019 d'apurer intégralement le passif de l'ACR pour 1 190 M FCFP, après un apport de 1 Md F CFP à ce titre en 2018.

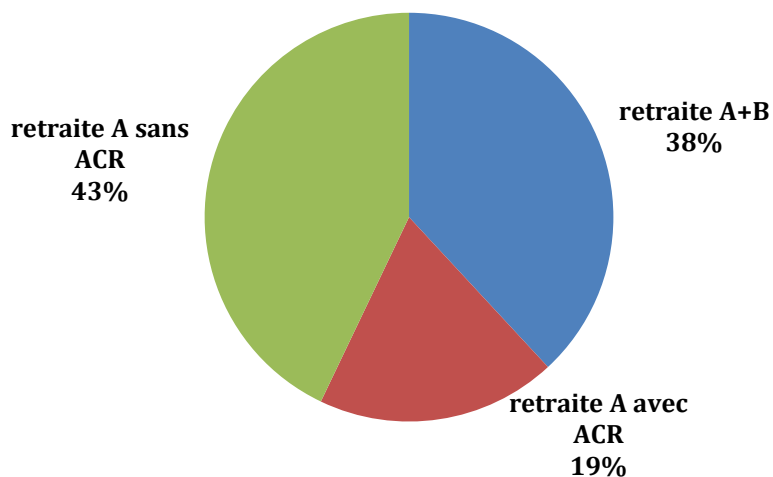
⁴⁸ Les âges requis doivent suivre l'évolution de l'âge de la retraite issue de la réforme de septembre 2018.

Graphique 8 : Répartition des pensionnés par régime en 2017



Source : CPS.

Graphique 9 : Répartition des retraites du RGS en 2017



Source : CPS.

En 2017, 11 565 retraités cumulent une retraite de la tranche A et de la tranche B, alors que sur les 18 803 qui n'ont qu'une pension tranche A, 5 777 la cumulent avec une allocation complémentaire de retraite (ACR) et 13 026 ne bénéficient pas de ce cumul.

Depuis l'instauration de la PSG en 1995, le nombre total de pensionnés a cru en moyenne de 6,9 % par an.

Le budget consacré aux retraites, à 45,7 MdF CFP (383 M€) représente en 2017 40,3 % du total de la PSG. Il a été multiplié par cinq depuis 1995, et par deux depuis 2005.

Tableau 16 : Évolution du nombre de pensionnés et de la charge des retraites dans la PSG 1995-2017

	1995	2005	2015	2016	2017
Bénéficiaires ASPA	2 174	2 126	1 704	1 658	1 668
Pensionnés ex-RPSMR	3 528	4 065	6 468	6 468	6 279
Pensionnés au RGS	8 573	17 764	29 935	30 775	31 419
Total pensionnés	14 275	24 955	38 107	38 901	39 366
Montant des pensions (MFCFP)	8 751	21 611	42 659	44 168	45 704

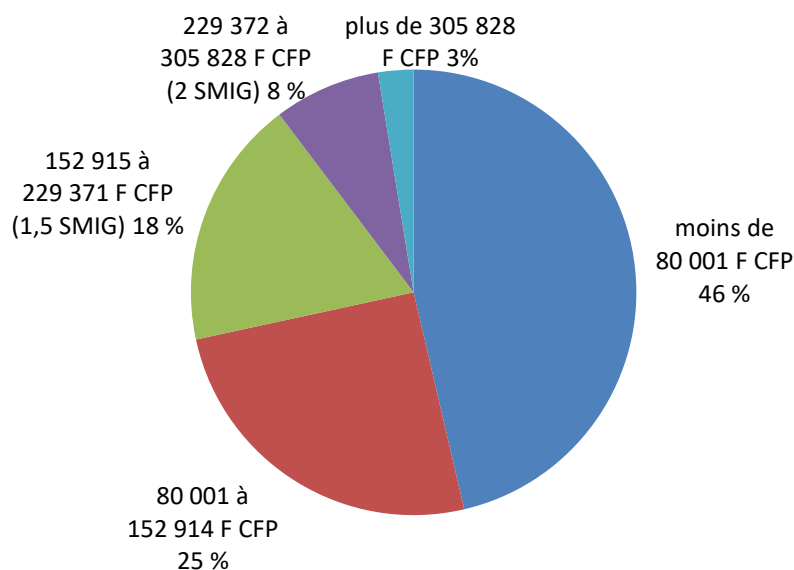
ASPAs : Allocation de solidarité pour les personnes âgées.

RPSMR : régime de protection sociale en milieu rural.

Source : CPS.

Le montant des retraites servies est relativement faible : 71,6 % des pensionnés tous régimes confondus ne bénéficient que d'une pension mensuelle inférieure au salaire minimum polynésien (152.914F CFP, soit 1 282 €). Parmi les 15 265 pensionnés les plus pauvres (moins de 80 000 F CFP de pension par mois), 57 % ne bénéficient pas d'un minimum vieillesse. 7.865 pensionnés bénéficient du minimum vieillesse, soit 23,9 % des pensionnés tous régimes confondus. La pension moyenne avoisine les 113 000 F CFP par mois (947 €) : en métropole elle est en 2016 de 1685 € pour les hommes, et de 1322 € pour les femmes (droits dérivés et majoration incluses).

Graphique 10 : Répartition du montant des pensions en Polynésie à fin 2017

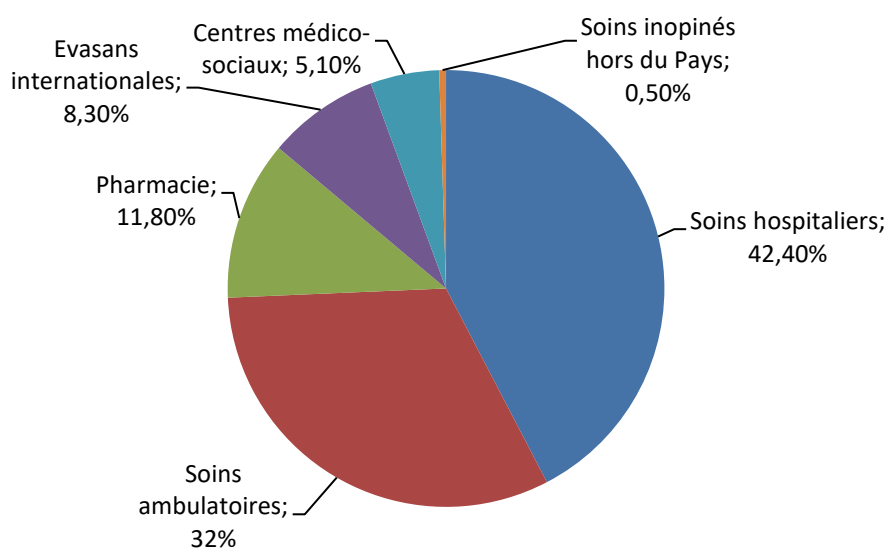


Source : CPS, rapport d'activité 2017.

2.5.4 La maladie et les accidents du travail

En 2017, les dépenses de santé représentent 52,6 MdF CFP (441 M€), dont 51,1 MdF CFP (428 M€, 97 %) pour la partie maladie, et 1,5 Md F CFP (12,6 M€, 3 %) pour la partie accidents du travail. Cette dépense se répartit en 48 MdF CFP (402 M€, 91 %) de prestations en nature, et 4,6 MdF CFP (38,6 M€, 9 %) de prestations en espèces.

Graphique 11 : Répartition des dépenses en nature de l'assurance maladie en 2017



Source : CPS.

En 2017, les 1,5 MdF CFP de la partie accidents du travail se répartissent entre prestations en espèces pour 1,118 Md F CFP (75 %, 9,4 M€) et prestations en nature (25 %). 77 % des prestations concernent les accidents du travail proprement dits (2015 occurrences), 22 % les accidents de trajet (450 occurrences), et moins de 1 % les maladies professionnelles (8 occurrences).

La dépense de santé est induite à 62 % par les longues maladies⁴⁹ dont la prévalence est de 16,8 % des assurés en 2017 (cf. annexe 5). 43 309 patients sont inscrits en longue maladie en 2017 (+ 6,3 % sur 2016). Leur nombre comme leur proportion dans la population (identique à celle de la métropole) s'accroît au fil des années, ce qui confirme la nécessité de développer significativement les efforts de prévention. En 1995 à la création de la PSG, un habitant sur 22 était en longue maladie ; c'était un habitant sur 10 en 2005, 1 sur 7 en 2015 et c'est 1 sur 6 en 2017. A titre d'illustration, la récente (2016) enquête santé jeunes de l'OMS indique que 43,2 % des élèves polynésiens âgés de 13 à 17 ans sont en surpoids dont 19,8 % au stade de l'obésité⁵⁰.

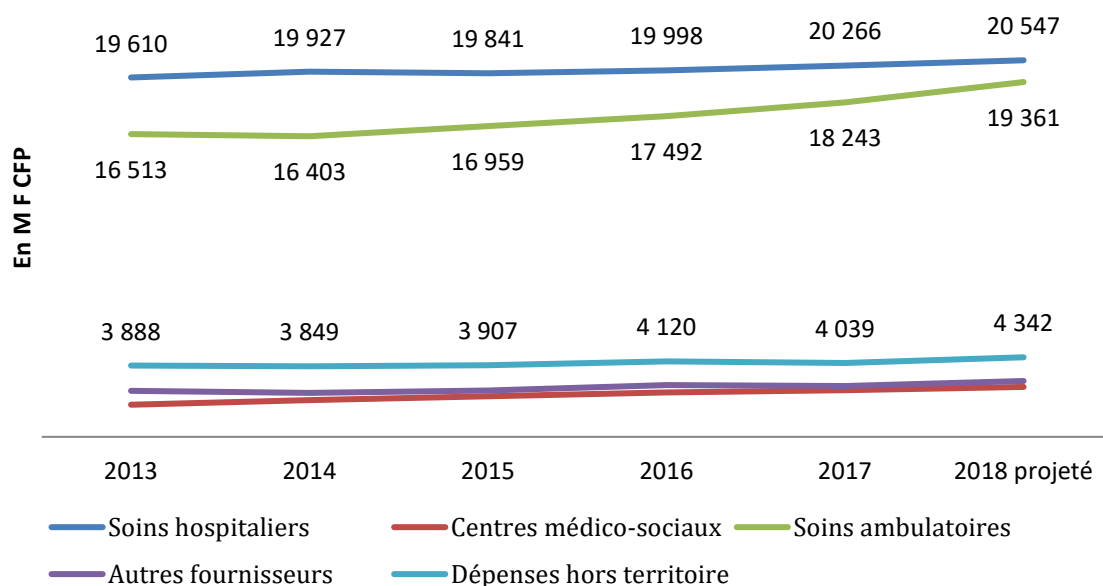
Par types de fournisseurs, la dépense de santé couverte par la PSG⁵¹ évolue : la part des dépenses hospitalières se réduit de trois points de 2013 à 2018 (44,3 % et 41,1 % respectivement), la dépense médico-sociale s'accroît (4 % en 2013 et 5,4 % en 2018) ainsi que la part des soins ambulatoires (37,3 % en 2013, 38,7 % en 2018).

⁴⁹ Selon les données de la CPS pour l'année 2017. La prise en charge des longues maladies par les différents régimes de protection sociale a été harmonisée par la loi du Pays du 28 décembre 2017.

⁵⁰ Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans scolarisés en Polynésie française. WHO-CDC 2016.

⁵¹ Cf. en 5.1 les données sur l'ensemble de la dépense de santé en Polynésie.

Graphique 12 : Répartition globale de la dépense d'assurance maladie (PSG) par fournisseurs



Source : CPS.

La part de la dépense hospitalière est inférieure à celle de la métropole (46,5 % en part de la consommation finale des biens de santé), mais devient supérieure (49,8 %) si on y ajoute les soins hors territoire, très principalement affectés à des soins à l'hôpital.

Tableau 17 : Répartition de la dépense d'assurance maladie par types de fournisseurs 2013-2018

Fournisseur	2013	2014	2015	2016	2017	2018 projeté	2018/2013	% total 2018	% total 2013
CHPF DGF	13762	13902	13424	14268	14343	12894	-6,31%	25,8%	31,1%
CHPF hors DGF	1601	1693	1949	1156	1345	2903	81,32%	5,8%	3,6%
Cliniques DGF	2904	2850	2854	2960	2966	2966	2,13%	5,9%	6,6%
cliniques hors DGF	122	125	157	185	184	184	50,82%	0,4%	0,3%
centre réadaptation fonctionnelle	653	705	802	774	784	832	27,41%	1,7%	1,5%
autres hopitaux publics	568	652	655	655	644	768	35,21%	1,5%	1,3%
total soins hospitaliers	19610	19927	19841	19998	20266	20547	4,78%	41,1%	44,3%
Polyscan	93	77	62	72	85	138	48,39%	0,3%	0,2%
associations et centres	1660	1925	2150	2359	2467	2585	55,72%	5,2%	3,7%
centres médico-sociaux	1753	2002	2212	2431	2552	2723	55,33%	5,4%	4,0%
honoraires médecins	3895	4169	4218	4280	4456	4681	20,18%	9,4%	8,8%
pharmacie	6348	6151	6485	6745	7084	7702	21,33%	15,4%	14,3%
autres professions de santé	5323	5118	5290	5487	5747	5960	11,97%	11,9%	12,0%
enveloppe santé publique	947	965	966	980	956	1018	7,50%	2,0%	2,1%
total soins ambulatoires	16513	16403	16959	17492	18243	19361	17,25%	38,7%	37,3%
autres fournisseurs	2519	2398	2523	2824	2772	3048	21,00%	6,1%	5,7%
dépenses hors territoire	3888	3849	3907	4120	4039	4342	11,68%	8,7%	8,8%
total général	44283	44579	45442	46865	47872	50021	12,96%	100,0%	100,0%

Source : traitement mission sur données CPS.

2.6 Le contrôle médical

Le service du contrôle médical, qui compte 46 agents dont sept médecins-conseil, une infirmière-conseil, un pharmacien-conseil et un dentiste-conseil, outre les attributions classiques d'une caisse d'assurance maladie, est également en Polynésie en charge des autorisations d'Evasan internationales (cf. annexe 5).

Il émet les avis médicaux individuels relatifs aux admissions en longue maladie, aux indemnités journalières (pour cause d'accidents du travail, de maternité ou de longue maladie), les admissions en retraite anticipée et l'admission ou la prolongation du bénéfice des pensions d'invalidité.

Tableau 18 : Activités du service du contrôle médical en 2016 et 2017 (avis individuels)

Demandses d'avis	2016	2017	Variation %
Dossiers longue maladie traités	9 813	13 257	+35,1 %
<i>Dont nouveaux dossiers</i>	43 %	43 %	
<i>Taux d'avis défavorable</i>	3,9 %	4,1 %	
<i>Total bénéficiaires LM</i>	40 654	41 889	+3 %
Demandses d'avis IJ maladie/longue maladie/Maternité	5606	5256	-6,2 %
<i>Dont contrôle médical employeur</i>	224	193	-13,9 %
Demandses d'avis dossiers accidents du travail	2731	2506	-7,2 %
Pensions d'invalidité			
<i>Mise</i>	10	15	+50 %
<i>Prolongation</i>	29	35	+ 20,7 %
Retraite anticipée pour inaptitude :			
<i>Accord</i>	198	149	-24,8 %
<i>Refus</i>	81	125	+54,3 %

Source : CPS, rapport d'activité 2017.

Il est également saisi pour les différentes situations qui nécessitent une demande d'entente préalable à la prise en charge par la CPS.

Tableau 19 : Demandses d'entente préalable en 2016 et 2017

Demandses d'entente préalable	2016	2017	Variation %
Appareillage, assistance et traitement à domicile			
<i>Accords</i>	2 244	3 573	+59,2 %
<i>Refus</i>	36	119	+230,5 %
Fécondation in vitro	23	27	+17,4 %
Services de soins infirmiers à domicile	228	254	+11,4 %
Te Tiare	656	614	-6,4 %
Médicaments coûteux	21	14	-33,3 %
Actes médicaux	669	697	+4,2 %
<i>Taux de refus</i>	4,2 %	4,7 %	+21,4 %
Transport sanitaire	2 236	2 162	+3,3 %
Dentaires	2 855	3 454	+21 %
Total DEP saisies	9 875	11 135	+12,8 %

Source : CPS, rapport d'activité 2017.

Il participe également au plan de contrôle et de lutte contre la fraude et les abus (il a instruit à ce titre 67 dossiers en 2017), et à la gestion des risques (appareillages médicaux, pharmacies).

Au titre de la gestion des risques, il procède à des contrôles d'arrêts de travail : 837 en 2017, en forte diminution par rapport à l'année 2016 (-49 %) ; le taux d'arrêts contrôlés n'a de ce fait été que de 2,5 % (4,3 % en 2016), alors que le taux d'arrêts rejetés (« contrôles positifs ») est resté identique, à 22 % (21 % en 2016).

Le service du contrôle médical instruit également les dossiers relatifs au conventionnement individuel des professionnels de santé. Ceux-ci étaient au nombre de 655 installés en 2017, dont 194 médecins (la Polynésie a la particularité de conventionner les médecins en fonction d'une carte

sanitaire et de la densité des professionnels installés⁵²). Au titre des conventions avec les différentes professions de santé, le service a conclu une nouvelle convention en 2019, et instruit huit avenants à des conventions existantes. Il gère aussi les adhésions individuelles aux e-services qui leur sont destinés, et participe à l'évaluation du codage des actes par les établissements de santé, ainsi qu'à l'élaboration des schémas de planification sanitaire et de santé publique.

3 LE DEFICIT CONTINU DE LA BRANCHE RETRAITES DU RGS ET LA SITUATION DE SES RESERVES A FIN 2017 APPELAIENT UNE REFORME, DEVENUE INDISPENSABLE.

La situation financière de la PSG avait déjà été examinée par la précédente mission d'appui des inspections générales, et un rapport de la chambre territoriale des comptes de Polynésie a prolongé cet examen sur les années 2010 à 2016. Le présent rapport reprend cet état des lieux, et le prolonge des données communiquées par la CPS et le ministère de la santé pour 2017 et 2018. Les projections pour 2019-2021 sont traitées dans la partie 6.1.

3.1 Le régime général des salariés

Le régime général des salariés, qui pèse pour les trois quarts de la PSG, a été constamment déficitaire depuis 2012, et ce quasi-exclusivement du fait des déficits de la retraite « tranche A ». En 2017 le résultat était proche de l'équilibre (- 333 MF CFP soit -2,8 M€). La dernière projection de la CPS anticipe une dégradation en 2018⁵³ (à -861 MF CFP, soit -3,4 M€).

Tableau 20 : Évolution des produits et charges du RGS (MF CFP)

	2013	2014	2015	2016	2017
Produits d'exploitation	79 549	86 633	92 985	91 257	91 479
Cotisations	72 548	77 453	80 528	82 934	83 327
Participation du Pays	2 053	2 267	2 275	2 285	2 354
Autres produits	3 906	5 812	9 061	4 902	4 670
Versement inter régime *	1 043	1 101	1 121	1 137	1 127
Charges d'exploitation	83 539	87 974	94 983	92 532	91 831
Famille	4 523	4 510	4 605	4 465	4 478
Action sociale	1 595	1 479	1 588	1 646	1 688
Handicap	282	272	265	267	275
Maladie / Accid. travail	33 846	34 189	35 676	35 580	36 746
Retraite	36 226	37 562	38 561	40 064	41 666
Autres dépenses	7 068	9 962	14 288	10 510	6 978
Résultat de l'exercice	-3 990	-1 341	-1 998	-1 275	-353

*les versements inter régimes correspondent aux frais de gestion acquittés par le RNS et le RSPF.

Source : CPS.

⁵² Le zonage de Tahiti, du fait de l'urbanisation, doit prochainement être révisé. Cf. annexe 6.

⁵³ Les dernières données transmises par la CPS indiquent des produits de 88 427 Mds F CFP (pour une prévision budgétaire de 87 069 Mds F CFP) et des charges de 89 288 Mds F CFP (pour une prévision budgétaire initiale de 88 690 Mds F CFP).

Tableau 21 : Atterrissage des produits et charges techniques du régime général des salariés par risques 2012-2018 (MF CFP)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Maladie	-1 234	-593	1 079	630	508	816	-184
Retraite tranche A	-5 527	-4 902	-4 103	-3 690	-3 355	-2 881	-3 019
Retraite tranche B	806	701	671	424	628	467	282
Famille	233	233	547	497	648	936	1 731
AVTS	-5	1	1	4	10	15	18
ATMP	-49	769	464	137	286	314	311
Total	-5 777	-3 990	-1 341	-1 998	-1 275	- 333	-861

Source : chambre territoriale des comptes et rapports des commissaires aux comptes.

*estimation CPS au 31/12, données provisoires. Le résultat comptable du RGS inclura d'autres éléments complémentaires (participations du Pays, charges administratives etc...)

3.2 Le régime des non-salariés

Le régime des non-salariés, qui ne représente qu'un peu plus de 3 % du total de la PSG, ne dispose pas d'une ventilation des recettes par branche, et le résultat est donc global, par différence entre le total des recettes et le total des dépenses. Seule la couverture maladie y est obligatoire, le risque retraite est assuré sur une base volontaire et la couverture famille, plus limitée que pour le RGS et le RSPF (cf. tableau 1), est compensée par une subvention du Pays⁵⁴.

Sur les cinq derniers exercices, le RNS est à l'équilibre.

Tableau 22 : Résultats du régime des non-salariés 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Recettes	3 273	3 351	3 359	3 508	4 339	4 282	4 112
Cotisations	2 869	2 986	2 937	2 954	3 041	3 355	3 535
Pays	300	300	300	300	491**	330**	ND
Autres	104	65	122	254	807	597	ND
Dépenses	3 526	3 282	3 198	3 370	4 029	4 130	4 284
Famille	271	255	252	250	344	327	ND
Maladie	2 864	2 432	2 447	2 464	2 725	2 901	ND
FASS	42	42	38	39	51	63	ND
Autres***	349	553	461	617	909	838	ND
Résultat d'exploitation	-253	69	161	141	310	152	ND
Résultat de l'exercice	-252	69	161	68	310	152	-172

Source : chambre territoriale des comptes et rapports des commissaires aux comptes.

*données partielles CPS à fin décembre 2018. Seules les données des produits et des charges ont pu être communiquées à la mission.

**y compris le versement compensatoire du Régime de Solidarité.

***y compris les dotations pour provisions techniques des risques.

⁵⁴ Les prestations famille du RNS sont sous conditions de ressources, ce qui rapproche les bénéficiaires de celles-ci de ceux du RSPF. Jusqu'en 2011, le régime des non-salariés s'équilibrait grâce à une subvention du Pays, dont le montant a fluctué entre 800 MF CFP et 1,2 milliards de F CFP. Depuis 2011, le Pays a fixé par arrêté une subvention forfaitaire de 300 MF CFP destinée aux prestations familiales du régime. L'ajustement nécessaire à l'équilibre a été obtenu par augmentation des taux de cotisation et revalorisation du plafond de cotisation. Les recettes issues des cotisations ont ainsi connu une hausse de 20 % de 2011 à 2015.

3.3 Le régime de solidarité

La situation et les résultats du RSPF font l'objet de l'annexe 3.

3.4 Les réserves

Selon le rapport du commissaire aux comptes, l'état des réserves du RGS au 31/12/2017 s'établit à 33,484 MdF CFP (280 M€), en diminution de 352 MF CFP (2,94 M€). Alors que l'ensemble des autres composantes contribuent positivement au résultat, c'est le déficit du régime de retraites tranche A (3,769 MdF CFP, 31,5 M€) qui explique seul cette dégradation.

Pour la partie retraites, les réserves sont nettement inférieures au seuil défini par la loi du Pays⁵⁵ antérieure à la réforme de 2018 : elles auraient dû être égales pour la tranche A, à trois fois la moyenne des dépenses constatées au cours des trois exercices précédents et, pour la tranche B, à cinq fois cette moyenne. Pour l'exercice 2017 elles auraient donc dû être de 92,437 MdF CFP (775 M€) pour la tranche A et 28,425 MdF CFP (238 M€) pour la tranche B : l'insuffisance des réserves était donc de 69,6 MdF CFP pour la tranche A et de 16 MdF CFP pour la tranche B (584 M€ et 134 M€).

Tableau 23 : Impact des résultats 2017 du régime général des salariés sur les réserves (F CFP)

	31/12/16	Résultat 2017	31/12/2017
Prestations familiales	3 364 850 908	935 594 408	4 300 445 316
Aide vieux travailleurs	6 773 344	15 262 290	22 035 634
Accidents du travail	6 266 251 347	314 036 623	6 580 287 970
Assurance maladie	-14 773 751 263	816 410 517	-13 957 340 746
Prise en charge FADES	-10 068 671 338	800 000 000	-9 268 671 338
Non prise en charge FADES	-4 705 079 925	169 929 043	-4 535 150 882
Retraite tranche A	28 510 561 160	-3 769 466 200	24 741 094 960
Fonds social retraite	-4 683 327 301	888 934 890	-3 794 392 411
Retraite tranche B	15 145 324 219	446 674 706	15 591 998 925
TOTAL	33 836 682 414	-352 552 766	33 484 129 648

Source : rapport 2017 des commissaires aux comptes.

Cette diminution du montant des réserves a été continue sur la dernière décennie. Si le déficit cumulé de l'assurance maladie reste stable entre 14 et 16 MdF CFP⁵⁶ (117 et 134 M€), les réserves de la retraite tranche A diminuent de 28 MdF CFP en huit ans (235 M€).

⁵⁵ Délibérations n°87-11 AT du 29 janvier 1987 modifiée et n°95-180 AT du 26 octobre 1995 modifiée.

⁵⁶ Le FADES (fond d'amortissement de la dette sociale) a vocation à solder progressivement, à hauteur de 800 M F CFP annuellement, le déficit maladie arrêté à fin 2010. Sur cette dette cumulée, 8,5 MdF CFP restent à apurer au 31/12/2018 cf. 5.3.

Tableau 24 : État des réserves du régime général des salariés par risque 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Assurance maladie	-14 769	-15 164	-16 398	-16 990	-15 911	-15 260	-14 774	-13 957
Retraite A +FSR	49 104	45 404	39 878	34 976	30 873	27 189	23 828	20 947
Retraite B	10 858	11 916	12 722	13 423	14 094	14 520	15 145	15 592
Famille	1 814	1 207	1 439	1 672	2 220	2 729	3 365	4 300
AVTS	-111	-5	-10	-9	-8	-3	7	22
ATMP	5 677	4 858	4 809	5 378	5 842	5 981	6 266	6 580
Total	52 571	48 217	42 440	38 450	37 109	35 155	33 837	33 484

Source : CTC et comptes certifiés.

La CPS étant structurée par branches, et non par risque, la trésorerie du RGS est unique et reste positive. Cependant, la chambre territoriale des comptes souligne dans son rapport précité que, le besoin en fonds de roulement étant de plus de 20 MdF CFP (167 M€), la réduction des réserves fragilise progressivement la trésorerie du régime.

En métropole, où le régime général a été continuellement déficitaire depuis 2002, il n'existe pas d'obligation légale en matière de réserves. Seule la situation des régimes complémentaires de retraite peut donner des éléments de comparaison sur les niveaux de réserves.

Encadré 1 : Les réserves des régimes de retraite en métropole

Extraits du document du Conseil d'orientation des retraites « *La gestion financière des régimes complémentaires de retraite obligatoire gérés en répartition* » 11 juillet 2018

Avant la publication du décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 relatif à l'organisation financière de certains régimes de sécurité sociale, les réserves étaient définies comme des éléments de passif du bilan comptable affectés aux risques gérés [...].

Le décret n° 2017-887 du 9 mai 2017 a supprimé toute référence à la notion de « réserves » des régimes de retraite [...].

Dès lors, les montants des réserves et la gestion des actifs représentatifs diffèrent entre les régimes, selon les objectifs assignés aux réserves. En 2016, les réserves accumulées par l'ensemble des régimes complémentaires français de retraite obligatoire représentent un montant de 118 milliards d'euros (5,3 % du PIB). Les principaux montants sont détenus par l'AGIRC-ARRCO (70,8 milliards d'euros dont 10,2 milliards d'euros de réserves de fonds de roulement), les régimes complémentaires de la CNAVPL (au total près de 21,8 milliards d'euros répartis entre les dix sections professionnelles), le régime complémentaire des indépendants (16,4 milliards d'euros) et l'IRCANTEC (7,5 milliards d'euros).

Ces fonds représentent près d'un an de prestations à l'AGIRC-ARRCO, 2 ans et 8 mois à l'IRCANTEC, 9 années au RCI et de 3 à 21 années selon les complémentaires des professions libérales.

4 LA REFORME DES RETRAITES DE 2018 AMELIORE LES PERSPECTIVES DE MOYEN TERME, MAIS LES EQUILIBRES DE LONG TERME EN NECESSITERONT D'AUTRES

4.1 L'évolution démographique rendait une réforme des retraites indispensable

Si la population de Polynésie française reste plutôt jeune (31 % a moins de 20 ans et 8 % à 65 ans ou plus (respectivement 24 % et 19 % en France), la structure de la pyramide des âges traduit le vieillissement de la population, et la perspective de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom ».

L'espérance de vie à la naissance, qui reste en retard sur la métropole (où elle est de 79,5 ans pour les hommes, et 85,4 ans pour les femmes), continue d'augmenter et atteint en moyenne 77 ans (76 ans en 2012). Elle est de 79 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes.

Le ratio du nombre de personnes de + 60 ans/ (jeunes 0-19 ans*100), qui illustre le changement de structure démographique et qui était de 14,8 en 1996 à la création de la PSG atteint 45,8 en 2017.

Graphique 13 : Indices du vieillissement de la Polynésie



Source : CPS.

Le ratio de couverture (nombre d'actifs/nombre de retraités) qui était de 5,6 en 1995 s'est réduit à 1,98 en 2018. Sans réforme, la CPS estimait qu'il serait inférieur à 1 dès 2030.

4.2 La réforme de septembre 2018 constitue une première étape indispensable

Face à ces problèmes de soutenabilité, de premiers ajustements ont été réalisés au cours de la décennie en cours : le principal levier a porté sur le taux de cotisation, relevé à plusieurs reprises depuis 2010 (de 14,46 % à 20,85 % en 2018). L'âge de départ anticipé a été reculé et le calcul du salaire moyen de référence a été modifié (moyenne des cinq meilleures années parmi les 10 dernières passée à la moyenne des 10 meilleures années parmi les 15 dernières). Pour autant, ils étaient encore largement insuffisants pour garantir la viabilité du système à un horizon suffisamment

lointain. Ces réformes ont permis de réduire la dégradation du ratio cotisants/pensionnés depuis 2013.

La réforme des retraites en cours avait été présentée initialement par le gouvernement d'Edouard Fritch au début de 2018. Face à une mobilisation intersyndicale nombreuse, au moment où la campagne des élections territoriales d'avril 2018 était en cours, elle avait été reportée, mais le mouvement du président Fritch avait annoncé qu'elle serait mise en œuvre si sa majorité était reconduite.

Après l'élection qui a reconduit le mouvement Tapura Huiraatira avec une majorité forte à l'assemblée territoriale (39 sièges sur 57), la réforme des retraites a été réintroduite, et votée par l'assemblée de Polynésie le 21 septembre 2018 par 39 voix sur 57. Les manifestations d'opposition ont été beaucoup plus réduites qu'au printemps. Trois recours auprès du Conseil d'État ont été formulés à l'encontre de la loi du Pays du 21 septembre 2018, mais le Conseil d'État dans sa décision du 30 janvier 2019 a validé la loi, à l'exception des deux articles 9 et 72.

Le dernier alinéa de l'article LP 6 de la " loi du pays " contestée renvoie à un arrêté la définition des conditions dans lesquelles une réduction de la période minimale d'exercice d'un travail manuel ouvrier exigée pour bénéficier du dispositif de retraite pénibilité peut être accordée aux " *femmes assurées sociales ayant eu un nombre minimum d'enfants, au titre de l'incidence de la maternité sur leur vie professionnelle* ". Le CE a estimé que « *si ces dispositions pouvaient, sans méconnaître le principe d'égalité, réserver aux seules femmes la réduction en cause à raison des incidences de la période de grossesse et, notamment, de la période correspondant au congé maternité, elles ne pouvaient prévoir au bénéfice des seules femmes une réduction de la période minimale d'exercice d'un travail manuel ouvrier à raison des incidences de l'éducation des enfants. D'autre part, elles ne pouvaient davantage, sans méconnaître le même principe, prévoir qu'une telle réduction ne pouvait être accordée à une femme ayant au moins un enfant, mais seulement aux femmes ayant eu un nombre minimum d'enfants* ».

Par ailleurs, l'article LP 72 de la " loi du pays " ajoute, après l'article 20 de la délibération du 26 octobre 1995 modifiée instituant un régime de retraite tranche B au profit des ressortissants du régime général des salariés, un article LP 20-1 ainsi rédigé : "*Le taux de cotisation visé à l'article 20 est déterminé à partir du taux d'acquisition des points et d'un taux d'appel. Les cotisations afférentes à 100 % du taux d'acquisition sont génératrices de droits. Les cotisations afférentes à la fraction du taux d'appel excédant 100 % ne sont pas génératrices de droits. Elles ont pour objet de contribuer à l'équilibre financier du régime. Le taux d'appel et le taux d'acquisition sont fixés par arrêté pris en conseil des ministres*". Le CE a annulé cet article au motif que « *s'il était loisible au législateur du pays de prévoir, pour certains revenus, un complément de cotisation sans prestation supplémentaire, les dispositions précitées instituent un prélèvement obligatoire dont l'objet consiste exclusivement à contribuer à l'équilibre financier du régime d'assurance vieillesse. Un tel prélèvement ne revêt pas le caractère d'une cotisation sociale mais doit être regardé comme une imposition de toute nature. Dès lors, en s'abstenant d'en définir l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement, le législateur du pays a méconnu l'étendue de sa compétence* ».

4.2.1 La retraite « tranche A »

Comme le détaille le tableau ci-après, les principales évolutions ont porté sur l'âge de départ en retraite (porté progressivement à 62 ans d'ici à 2023), l'âge de départ à la retraite anticipée (de 55 ans à 57 ans) et le minimum d'années de cotisations requis (30 années au lieu de 20), et le calcul des années de référence (désormais porté aux 15 meilleures années sur les 20 dernières).

Tableau 25 : Evolution du régime de retraite polynésien tranche A suite à la loi du 21/09/2018

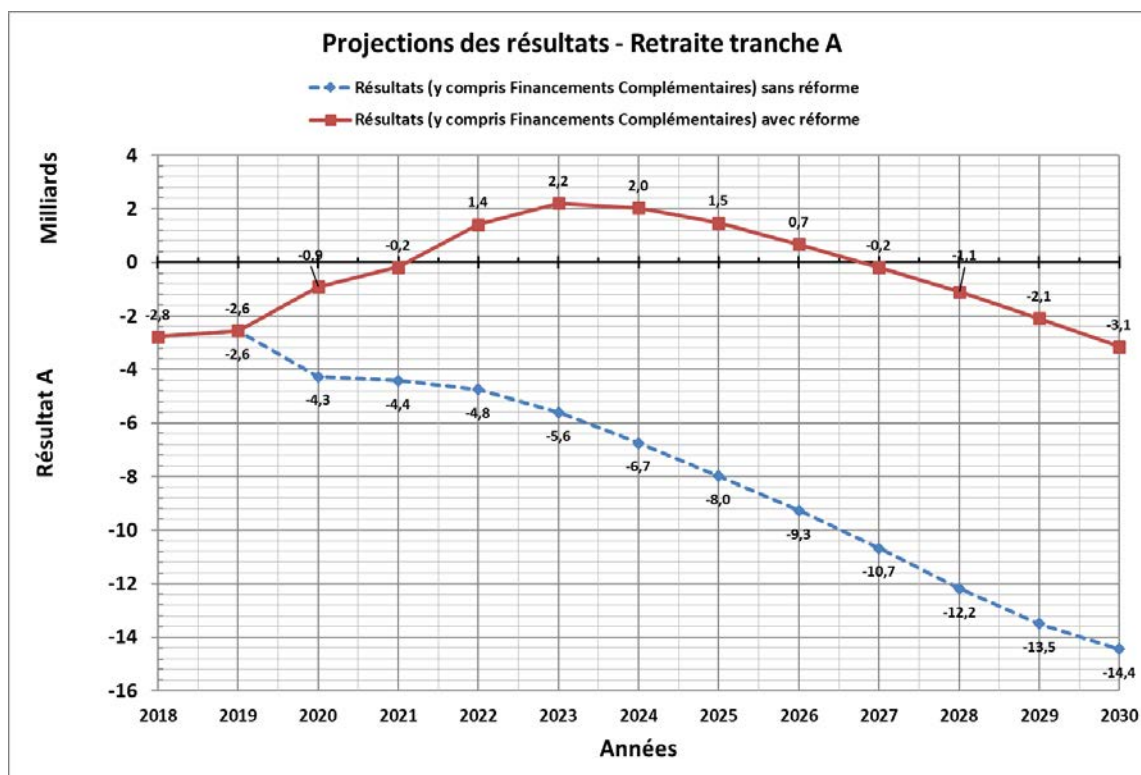
PARAMETRES POUR LA RETRAITE A	Situation en 2018	en 2019
Taux de cotisation	20,85%	+ 0,51 point soit 21,36% à compter du 1er janvier 2019
Plafond de cotisation Tranche A	258.000F	+ 1.000F soit 259.000F à compter du 1er janvier 2019
Age légal	60 ans	60 ans à compter du 1er juillet 2019 et + 6 mois par an à partir de 2020 pour atteindre 62 ans en 2023
Age pour un départ à la retraite anticipée (*)	55 ans	57 ans à compter du 1er juillet 2019
Age pour un départ à la retraite anticipée pour RATP ou inaptitude médicale	50 ans	50 ans pour inaptitude médicale et 55 ans pour RATP à compter du 1er juillet 2019
Minimum d'annuités pour un départ à la retraite anticipée (*)	20 annuités	30 annuités à compter du 1er juillet 2019
Taux d'abattement pour un départ à la retraite anticipée (*)	2% par trimestre d'anticipation par rapport à l'âge légal (soit 8% par an)	à compter du 1er juillet 2019: 1,5 % par trimestre d'anticipation pour atteindre l'âge légal et 0,5 % par trimestre d'anticipation pour atteindre le taux plein
Nombre d'annuités pour un départ à taux plein	35 annuités	35 annuités et âge légal et + 9 mois à partir de 2020 pour atteindre 38 annuités en 2023
Taux plein	70%	70%
Age minimal pour un départ à taux plein	pas d'âge minimal	Age légal à compter du 1er juillet 2019
Salaire Moyen de Référence (SMR)	moyenne des 10 meilleures années sur les 15 dernières années	à compter du 1er juillet 2019, moyenne des 15 meilleures années sur les 20 dernières
Pension de réversion	66%	66% + condition d'âge 55 ans à compter du 1er juillet 2019 sinon nouv. allocation veuvage

Source : *gouvernement de la Polynésie.*

L'impact d'une réforme des retraites sur le moyen et long terme est fonction d'une multitude de paramètres : de nature économique (inflation, évolution des salaires, du plafond et du taux de cotisation, modalités de revalorisation des pensions, ...), démographiques (mortalité, nuptialité, différence d'âge du conjoint, nombre de nouveaux entrants, caractéristiques des nouveaux entrants selon l'âge et le niveau de rémunération, évolution annuelle de leurs salaires...) et comportementales (âge de départ à la retraite, turnover des salariés, ...). La mission n'a pas expertisé de nouveau les hypothèses sous-jacentes retenues par la CPS, mais à titre d'illustration de la sensibilité du modèle, lui a demandé de modifier deux des paramètres, d'une part le rythme d'évolution de la population active (retenu à +2 % par an jusqu'en 2021 dans le modèle, puis +1,5 % par an jusqu'en 2030, et +1 % au-delà) et d'autre part l'âge légal de départ en retraite (62 ans dans le modèle).

Dans le scénario central retenu par les autorités polynésiennes, l'effet de la réforme sur les retraites de la tranche A permettrait de reporter à 2027 la réapparition d'un déficit.

Graphique 14 : Projection à 2030 des résultats de la retraite tranche A après réforme



Source : CPS.

Pour le régime de retraite de la Tranche A, l'augmentation de 0,51 point du taux de cotisation est poursuivie en 2019. Il passera donc de 20,85 % à 21,36 %. L'assiette de cotisation dont le plafond mensuel actuel est de 258 000 F CFP (2158 €) sera augmentée de 5 000 F CFP pour atteindre 263 000 F CFP (l'effet induit sur la tranche B devrait être compensé par l'augmentation des salaires).

Enfin, le financement des allocations complémentaires de retraite pour les cotisations de moins de 15 ans sera assuré par une participation du Pays dans son budget primitif à hauteur de 2,890 MdF CFP (24,2 M€), dont 1,190 milliard F CFP (10,0 M€) au titre de l'apurement du déficit cumulé, et 1,7 milliard F CFP (14,2 M€) pour l'ACR -15 ans. Le besoin complémentaire en 2019 sera traité par la voie du collectif budgétaire.

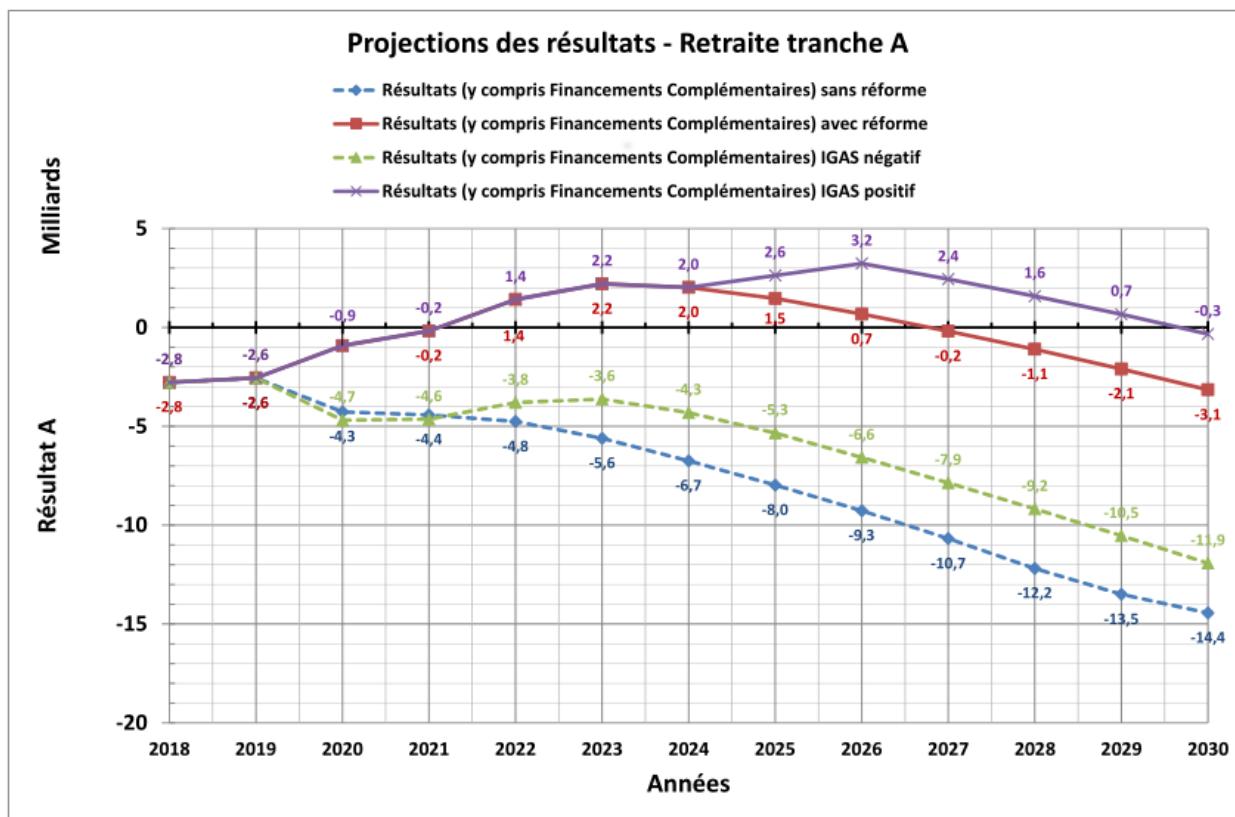
Le ratio cotisants/retraité, qui aurait été inférieur à 1 en 2030 sans réforme, serait de 1,35 à cette échéance.

Dans les hypothèses de modélisation demandées par la mission :

- en cas de report de l'âge légal de la retraite à 63 ans par progression d'un semestre par an jusqu'en 2025 (scénario « IGAS positif ») l'horizon de retour au déficit serait prolongé de 2027 à 2030 ;
- en cas de non croissance de la population active à partir de 2020 (scénario « IGAS négatif »), il n'y aurait pas de retour à l'équilibre et la pente des déficits serait proche de la projection sans réforme.

Ces scénarios sommaires illustrent la sensibilité des projections, et donc la nécessité d'un suivi régulier pour mettre en œuvre si nécessaire des mesures correctrices rapides.

Graphique 15 : Projection à 2030 en modifiant la croissance de la population active et l'âge légal de départ en retraite (scénarios demandés par la mission)



Source : CPS.

4.2.2 La retraite « tranche B »

La retraite a aussi concerné la retraite « tranche B », à laquelle cotisent 38 % des assurés du RGS⁵⁷, et dont le montant des pensions servies (estimation 2018) représente 20 % de celles de la tranche A.

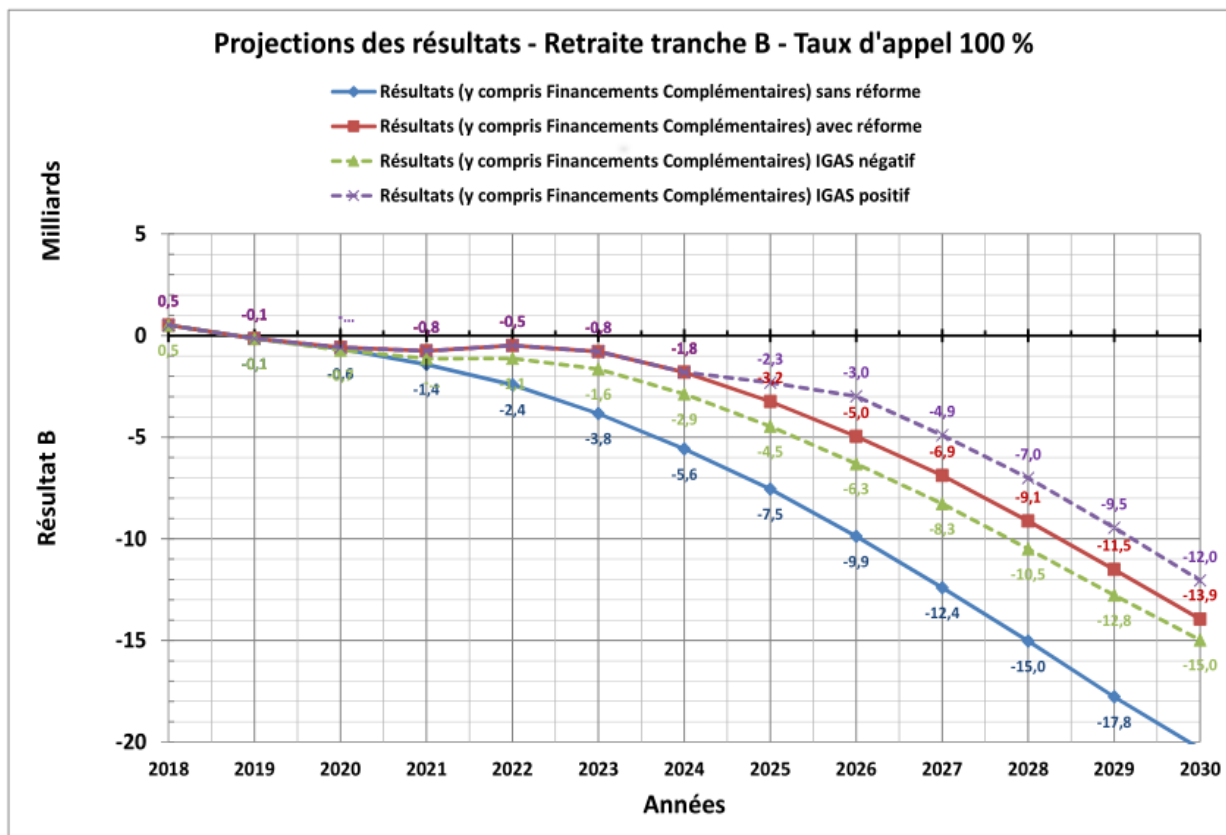
L'âge légal a également été porté à 62 ans par paliers d'un semestre par an à compter de juillet 2019 comme pour la tranche A et la durée d'assurance, actuellement de 35 années, portée à 38 années, par augmentation successive de neuf mois au 1^{er} janvier à partir de 2020 (dans la limite de l'âge « suffisant » de 65 ans). Le régime des retraites anticipées a été aligné sur celui de la tranche A.

Selon les simulations effectuées par la CPS, la retraite « tranche B », aujourd'hui équilibrée mais dont le déficit sans réforme se serait rapidement accru (3,8 MdF CFP en 2023, soit 31,8 M€), serait ainsi maintenue proche de l'équilibre jusqu'en 2023 (-800 MF CFP, soit -6,7 M€), mais le solde se dégraderait ensuite significativement, pour atteindre -13,9 MdF CFP (- 116 M€) en 2030.

Comme pour la retraite tranche A, les simulations faites à la demande de la mission montrent qu'un report de l'âge de la retraite à taux plein à 63 ans permettrait d'améliorer légèrement les résultats, sans suffire à trouver un équilibre. A l'inverse, un arrêt de la création nette d'emplois à partir de 2020 générerait un déficit annuel supplémentaire de l'ordre du milliard de F CFP (8,4 M€).

⁵⁷ Le nombre des pensionnés tranche B est passé de 11 224 en 2015 à 13 378 en 2018 (+ 4,8 %/an). Le montant des pensions servies passe de 5 985 MF CFP en 2015 à 6 973 MF CFP en 2018, et devrait atteindre 7 362 MF CFP en 2019.

Graphique 16 : Évolution du solde de la retraite « tranche B » à l'horizon de 2030 (taux d'appel 100 %)

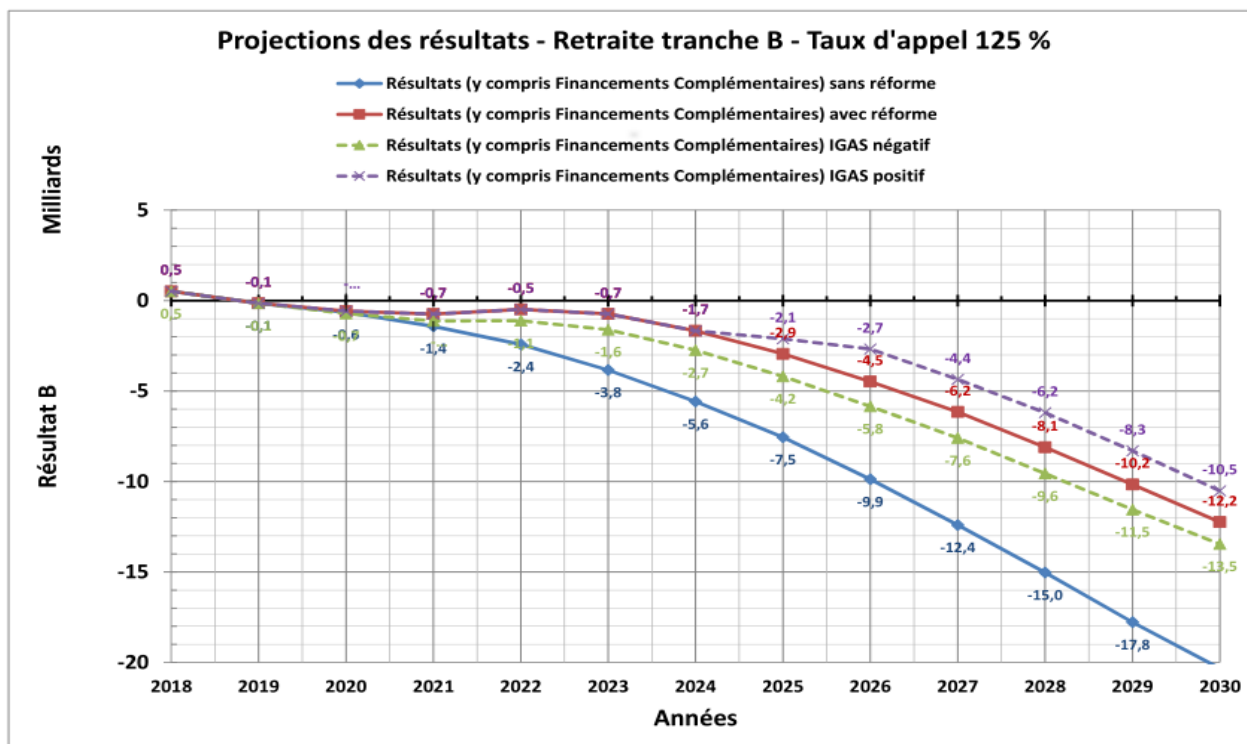


Source : CPS.

La « tranche B » est un système de retraite complémentaire par points, et dépend donc à la fois du prix d'achat du point et de la valeur du point lors de la liquidation des droits à retraite.

Comme c'est le cas pour l'AGIRC-ARRCO en métropole, il peut exister une différence entre la cotisation qui permet d'acquérir des points de retraite (le taux contractuel de cotisation), et la cotisation prélevée sur le salaire (le taux d'appel de la cotisation). Si le taux d'appel des cotisations de la tranche B était relevé à 125 % au lieu de 100 %, les différentes hypothèses à l'horizon 2030 en seraient améliorées, mais sans redresser suffisamment les comptes du régime.

Graphique 17 : Évolution du solde de la retraite « tranche B » à l'horizon de 2030 (taux d'appel 125 %)



Source : CPS.

Environ 38 % des pensionnés du RGS cumulent une retraite « tranche A » et « tranche B » (cf. 2.5.3). Le fait qu'il ait été décidé à la création du régime d'accorder des points sans contrepartie de cotisations pour la période 1987-1996 pèse et continuera à peser sur l'équilibre du régime à long terme. Les polynésiens déjà retraités sont les principaux bénéficiaires de cette décision ; au 31/12/2018, les points gratuits représentaient 42,7 % des pensions liquidées de la tranche B, soit un engagement annuel de l'ordre de 3,2 MdF CFP (26,8 M€).

Les points gratuits acquis non encore liquidés représentaient en sus 5,8 % du nombre total de points non liquidés, soit un engagement futur de l'ordre de 674 MF CFP (5,6 M€). Ce sont les générations qui ont aujourd'hui plus de 50 ans qui bénéficieront encore significativement de cette acquisition de points gratuits non cotisés :

Tableau 26 : Part des points gratuits dans le total des points acquis par tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombre d'actifs	Nombre de points gratuits	Nombre de points cotisés	points gratuits/total points
0-19 ans	495	0	2801	0 %
20-24 ans	8 050	0	640 416	0 %
25-29 ans	18 896	0	9 761 959	0 %
30-34 ans	25 143	1 851	44 864 793	0,004 %
35-39 ans	24 819	5 748	95 517 643	0,006 %
40-44 ans	23 919	48 548	144 384 563	0,03 %
45-49 ans	25 119	2 725 084	190 898 106	1,4 %
50-54 ans	22 975	17 087 414	238 058 175	6,7 %
55-59 ans	14 726	23 799 178	161 498 600	12,8 %
60 ans et +	9 746	13 444 906	48 272 905	21,8 %
TOTAL	173 978	57 112 729	933 899 961	5,8 %
Valorisation annuelle F CFP		674 387 104	11 027 490 739	

Source : CPS. Données 2018.

Comme l'indique le graphique 18 *supra*, un taux d'appel de 125 % ne sera pas suffisant pour rétablir l'équilibre du régime, et la décision du Conseil d'État du 30 janvier obligera le Pays à prévoir cette mesure dans une loi. D'autres mesures sont envisagées (décorrélation du plancher de la tranche B du plafond de la tranche A, augmentation de la valeur d'acquisition du point, diminution de la valeur de liquidation, abondement du fonds de sauvegarde des retraites par une participation d'équilibre du Pays...), mais n'ont pas encore fait l'objet de simulations et de négociations.

Recommandation n°3 : **Evaluer au sein du nouveau Conseil d'orientation et de suivi des retraites les réformes nécessaires au rétablissement de l'équilibre de la tranche B du régime de retraite du RGS**

4.2.3 Les autres aspects de la réforme des retraites

Dans chacun des deux régimes tranche A et B, est institué un compte d'affectation spéciale « fonds de sauvegarde vieillesse » qui a pour objet de garantir l'équilibre financier du régime et d'assurer à ses bénéficiaires la pérennité du service des prestations prévues. Les deux comptes sont notamment alimentés par une cotisation d'équilibre, versée à parité par l'employeur et le cotisant (et d'éventuels impôts et taxes affectées, ou subventions du budget du Pays ou de l'État), et doivent garantir un niveau de réserves conforme aux nouvelles règles (un an de pensions).

La loi du 21 septembre 2018 traite aussi du régime de retraite des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, aquiculteurs et artisans, en alignant ses conditions sur celles des retraites des salariés. Elle porte également la limite d'âge des fonctionnaires de la fonction publique polynésienne et de l'assemblée territoriale de Polynésie à 62 ans.

Comme pour tous les systèmes de retraite confrontés à un changement des structures démographiques, et notamment dans un système par répartition basé sur un pacte intergénérationnel, l'adaptation du modèle ne peut être considérée comme définitive une fois une réforme votée : le système métropolitain en est une parfaite illustration.

Il était donc indispensable que la Polynésie se dote également d'une instance permanente de suivi des régimes de retraite, à même d'alerter le gouvernement, les partenaires sociaux et plus largement la population sur les risques futurs de déséquilibres, et d'objectiver les différents paramètres

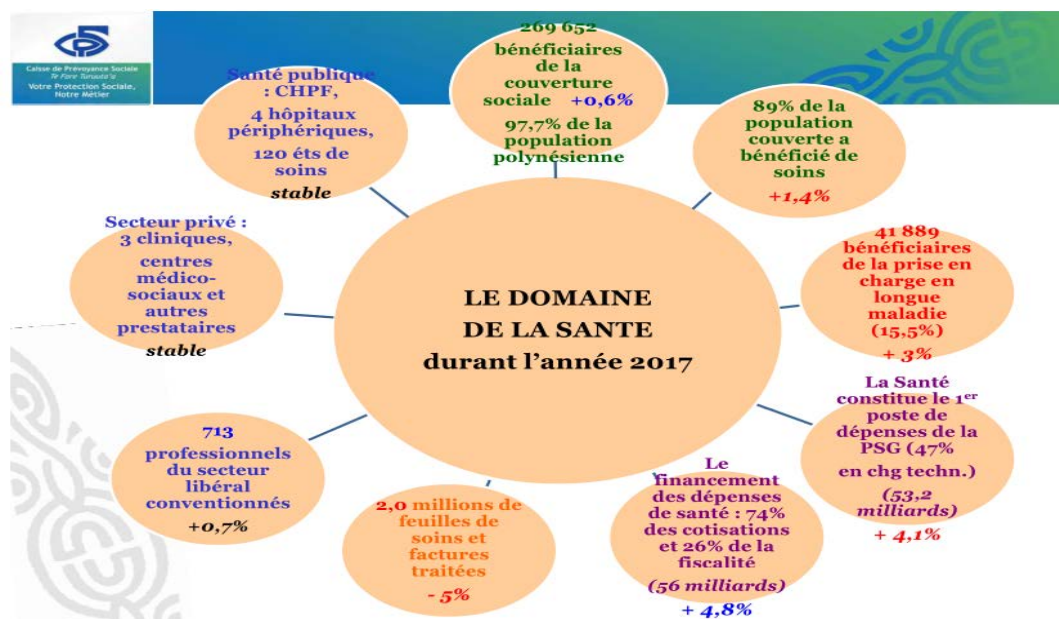
d'évolution envisageables. Cela a été fait avec la création, par la même loi du 21 septembre 2018 (article 103) d'un conseil d'orientation et de suivi des retraites « dont la vocation est de suivre l'évolution des régimes de retraites, de formuler des propositions pour assurer leur solidité financière et leur fonctionnement solidaire ou de rendre des avis sur toute modification du cadre réglementaire applicable aux régimes de retraites concernés ».

Ce Conseil, composé de cinq représentants des organisations syndicales de salariés, de cinq représentants des organisations syndicales d'employeurs, de deux représentants des organisations de retraités, et d'un représentant de la jeune chambre économique, devra remettre un rapport annuel et public sur les systèmes de retraite, et, au moins tous les cinq ans, d'élaborer des projections sur leur situation financière.

5 L'ORGANISATION ET LE FINANCEMENT DU RISQUE SANTE CONSTITUENT LE CHANTIER MAJEUR A VENIR DE LA PROTECTION SOCIALE

Avec les retraites, la santé constitue le principal enjeu de la PSG : en termes de service à la population, de qualité des soins, d'organisation et de financement, comme l'illustre le graphique ci-après :

Graphique 18 : Les données principales de la couverture santé de la PSG en 2017 et évolutions sur 2016



Source : CPS, rapport d'activités 2017.

5.1 La dépense de santé doit être appréhendée de façon globale

La dépense d'assurance maladie assumée par la CPS ne constitue pas la totalité de la dépense de santé en Polynésie. Selon les comptes de la santé 2010-2015 (dernière publication⁵⁸), la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève en 2015 à 66,4 MdF CFP (555 M€), soit 244 000 F CFP par habitant (2 011 €) et 12 % du PIB. En métropole, la CSBM ne représente que 8,7 % du PIB, mais la dépense de santé par habitant est de 2 977 €, soit 356 000 F CFP : c'est donc l'écart du PIB/habitant (1,88 MF CFP en Polynésie selon les dernières données publiées de l'ISPF, soit 15 700 €. Le PIB par habitant de la France métropolitaine était de 31 200 € en 2017, soit 3,73 MF CFP), et pas la consommation de soins qui est déterminant dans ce ratio.

Sur la période 2010-2015, la CSBM augmente peu (de -0,40 % en 2011 à + 1,91 % en 2015), mais la part des soins hospitaliers progresse (de 50,1 % à 52,4 %). Il est vraisemblable, au vu des dépenses de la CPS, que cette tendance se soit inversée après 2015.

Tableau 27 : Répartition de la consommation de soins et de biens médicaux

En MF CFP	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% 2015	2015/2010
Ensemble	63 160	62 909	63 572	64 500	65 134	66 377	100 %	+5,1 %
Evolution N/N-1		-0,40 %	1,05 %	1,46 %	0,98 %	1,91 %		
Soins hospitaliers	31 667	31 662	32 527	33 078	34 072	34 801	52,4 %	+9,9 %
Soins ambulatoires	31 493	31 247	31 044	31 422	31 062	31 576	47,6 %	+0,3 %
Dont soins de ville	19 017	19 057	18 884	19 209	19 248	19 082	28,7 %	+0,3 %
Dont transports	1 678	1 731	1 917	2 142	2 195	2 383	3,6 %	+42 %
Dont médicaments et autres biens médicaux	10 798	10 459	10 243	10 071	9 619	10 111	15,2 %	-6,4 %

Source : *comptes de la santé 2010-2015 et calculs mission.*

Sur la période 2015-2017, seules les données CPS relatives au risque maladie permettent d'apprécier les dynamiques de dépenses.

Tableau 28 : Prestations en nature maladie et accidents du travail (en MF CFP)

	2010	2015	2017	Evolution 2015/2017
Soins hospitaliers	21 003	20 073	20 332	1,3 %
Centres médico-sociaux	1 534	2 295	2 455	7,0 %
Soins ambulatoires	13 193	13 473	15 358	14,0 %
dont honoraires	4 708	4 500	4 484	-0,4 %
Pharmacie	7 043	6 504	5 643	-13,2 %
Soins inopinés hors Pays	314	314	224	-28,7 %
Soins evasans hors Pays	3 767	3 569	3 994	11,9 %
TOTAL	46 854	46 229	48 006	3,8 %

Source : *CPS. La répartition des données en 2018 n'était pas disponible à la date de préparation du rapport.*

Le secteur public (CHPF + hôpitaux de la direction de la santé) représente les $\frac{3}{4}$ (73,8 %) du total du coût des soins hospitaliers, proportion stable sur la période 2010-2015. Le CHPF dispensait 85 % des

⁵⁸ Les dépenses de la santé de la Polynésie française sur la période 2010 à 2015 – Ministère des solidarités et de la santé.

soins du secteur public en 2015 : la maîtrise de la gestion du CHPF est donc déterminante pour la dépense de santé en général (cf. annexe 6).

Parmi les soins ambulatoires, la dépense de soins de ville effectués chez les médecins généralistes est relativement stable (-4,8 % en 2011 et -8,4 % en 2013, puis +2,5 % en 2014, et +1,1 % en 2015, et -0,4 % sur les dépenses CPS de 2015 à 2017).

Si elle ne constitue qu'une part réduite du total, la dépense de transports est celle qui progresse le plus vite, et ce pour l'ensemble de ses composantes (voir en annexe 5 le cas particulier des évacuations sanitaires, induites par le contexte géographique de la Polynésie). Les transports sur le territoire (terrestres et évacuations inter-îles) constituent la dépense la plus dynamique.

Tableau 29 : Évolution des dépenses de transports 2010-2015 (MF CFP)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% 2015	2015 /2010
Transports sur le territoire Évolution (%)	1 236	1 354 9,5 %	1 474 8,9 %	1 720 16,7 %	1 758 2,2 %	1 869 6,3 %	78,5 %	51,2 %
<i>Dont transports terrestres</i> Évolution (%)	133	156 17,8 %	196 25,8 %	223 13,7 %	233 4,4 %	253 8,5 %	10,6 %	90,2 %
<i>Dont évacuations sanitaires</i> Évolution (%)	1104	1198 8,5 %	1278 6,7 %	1497 17,2 %	1524 1,8 %	1616 6 %	67,8 %	46,4 %
Transports hors territoire Évolution (%)	442	377 - 14,7 %	443 17,5 %	422 -4,7 %	437 3,6 %	513 17,4 %	21,5 %	16,1 %
TOTAL Évolution N/N-1 (%)	1 678	1 731 3,2 %	1 917 10,8%	2 157 12,5 %	2 195 1,8 %	2 382 8,5 %	100 %	41,9 %

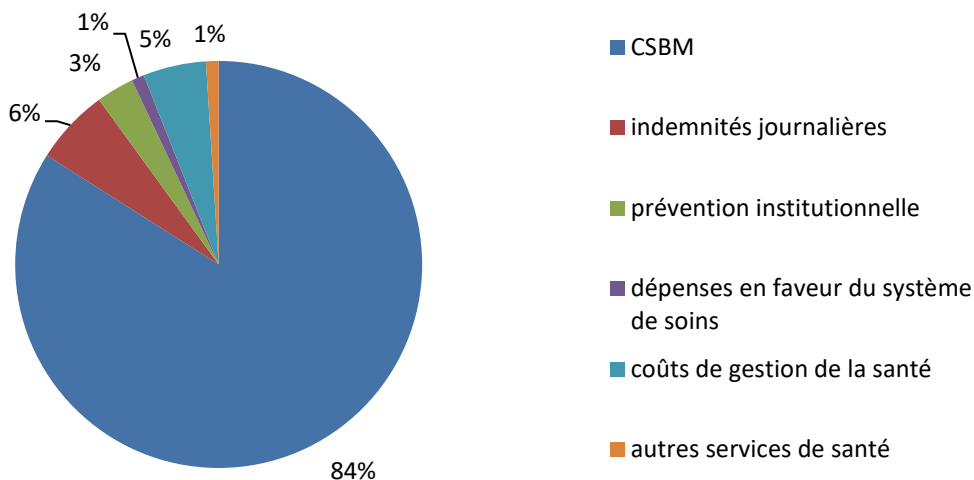
Source : comptes de la santé 2010-2015 et calculs mission.

L'agrégat de la dépense courante de santé, qui outre la CSBM (qui pèse 84 % du total) inclut les soins de longue durée aux personnes âgées et les soins aux personnes handicapées en établissements, les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail), les dépenses de prévention (institutionnelle, individuelle et collective), les dépenses en faveur du système de soins (les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles), la formation des professionnels de la santé, et les coûts de gestion du système de santé, s'élève en 2015 à 79,4 MdF CFP (664 M€), soit +1,4 % par rapport à 2014. Cela représente environ 291 000 F CFP par habitant (2 434 €) et 14,4 % du PIB.

En France métropolitaine+DOM, la dépense courante de santé représente pour la même année 2015 12 % du PIB (262,46 Mds €, + 1,53 % sur 2014), soit environ 3 900 euros par habitant (462 000 F CFP). En Nouvelle Calédonie, avec laquelle la comparaison est plus directement pertinente, la dépense de santé par habitant en 2015 était de 339 736 F CFP⁵⁹ (10,8 % du PIB), supérieure de 16,7 % à celle de la Polynésie.

⁵⁹ Source : Institut de la statistique et des études économiques de Nouvelle Calédonie.

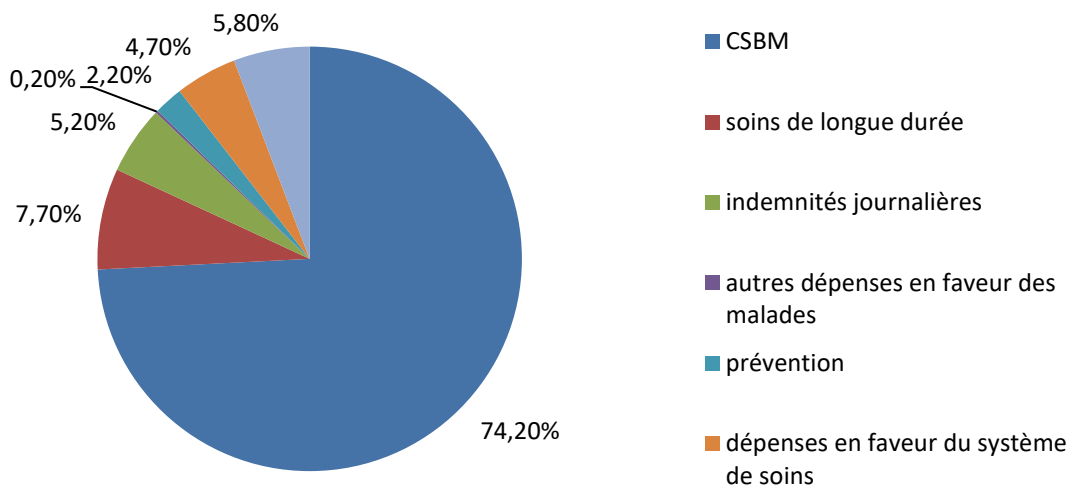
Graphique 19 : Répartition de la dépense courante de santé en Polynésie (2015)



Source : *Source : comptes de la santé 2010-2015.*

Par comparaison, la structure de la dépense de santé en 2015 en France métropolitaine DOM compris montrait une part de la CSBM dans le total inférieure de 10 points. Les coûts de gestion du système de santé (frais de gestion de la sécurité sociale + financement publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé) sont du même ordre de grandeur, mais les dépenses en faveur du système de soins (formation des personnels de santé et recherche) sont nettement inférieures en Polynésie.

Graphique 20 : Structure de la dépense de santé en France métropolitaine + DOM (2015)



Source : *INSEE.*

Dans cet ensemble, la part des actions de prévention joue un rôle important dans tout système de santé, mais d'autant plus dans le contexte particulier de la Polynésie où les comportements individuels (obésité, addictions ...) sont parmi les déterminants stratégiques de la maîtrise future des dépenses.

De ce point de vue, la stagnation constatée des dépenses de prévention tant individuelles que collective sur la période 2010-2015 n'est pas un bon signal⁶⁰. La création en 2017⁶¹ du fonds de prévention sanitaire et sociale, fonds d'affectation spéciale qui reçoit une part du produit des taxes sur le tabac et l'alcool⁶², et doit être abondé en 2019 par de nouvelles taxes comportementales sur les produits sucrés, devrait permettre un nouvel élan. Le budget primitif 2019 du fonds de prévention sanitaire et sociale a été voté pour un montant de 235 MF CFP (2 M€) en fonctionnement, et 50 MF CFP (420 k€) en investissement.

Tableau 30 : Évolution des dépenses de prévention 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% 2015	2015/2010
Dépense totale	2 490	2 422	2 262	2 653	2 456	2 483	100	-0,3 %
Évolution	/	-2,7 %	-6,6 %	17,3 %	-7,4 %	1,1 %	/	/
<i>Dont prévention individuelle</i>	1 912	1 895	1 813	2 091	1 956	1 969	79,3 %	3 %
Évolution	/	-0,9 %	-4,3 %	15,3 %	-6,5 %	0,7 %	/	/
<i>Dont prévention collective</i>	578	527	449	561	500	514	20,7 %	-11,1 %
Évolution	/	-8,8 %	-14,9 %	25,2 %	-10,9 %	2,7 %	/	/

Source : *comptes de la santé 2010-2015*.

La mission a pris connaissance des différents plans en cours d'élaboration ou récemment approuvés : plan de lutte contre les addictions, schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022, plan de développement de l'offre de santé mentale, et plan cancer 2018-2022. L'élaboration de ces différents documents dénote une volonté de mettre l'accent sur le développement de la prévention. Toutefois, l'absence de chiffrage financier et de calendrier illustre les difficultés du Pays à finaliser et à mettre effectivement en œuvre ces plans, qui nécessiteront le renforcement des capacités administrative et financière.

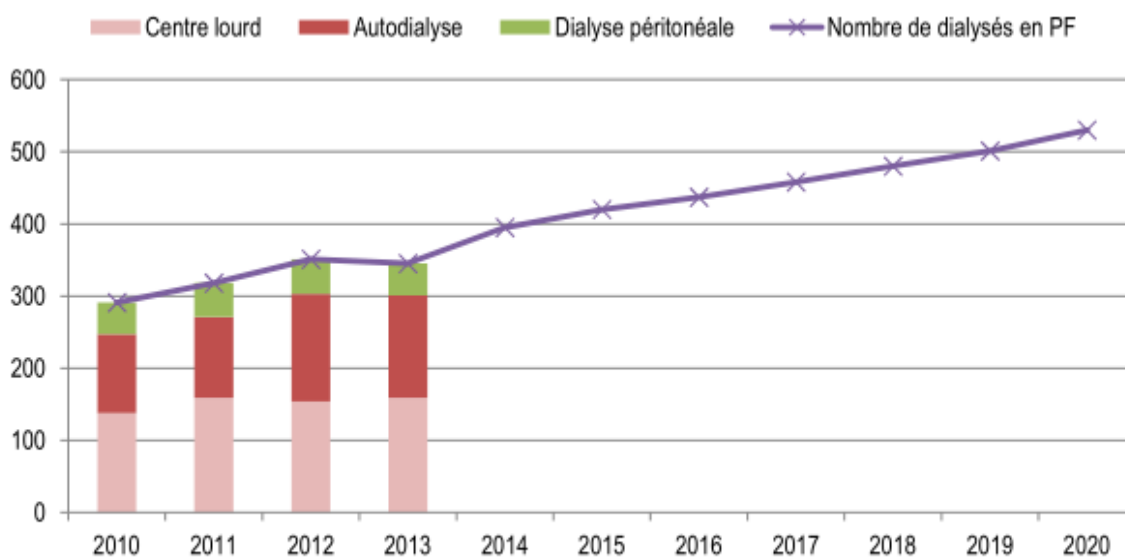
La connaissance fine des déterminants de la dépense de santé est indispensable à sa maîtrise, d'autant plus que la Polynésie subit une prévalence importante des facteurs de morbidité liés aux comportements (cf. annexe 5 relative aux surcoûts structurels) : pour l'illustrer, on notera l'évolution constatée et anticipée du nombre de patients dialysés. Selon les comptes de la santé 2010-2015, la dépense induite a progressé de 14,8 % en 2014, et à nouveau de 14,1 % en 2015.

⁶⁰ L'établissement public qui était chargé du pilotage et du financement des actions de prévention (EPAP) a été supprimé en 2009.

⁶¹ Délibération n° 2017-114 de l'Assemblée de Polynésie du 7 décembre 2017.

⁶² Pour la première année 2018 d'exercice, le fonds a été abondé de 100 M F CFP (838 k€).

Graphique 21 : Nombre de patients sous dialyse et projection jusqu'en 2020



Source : Etude sur la première approche globale sur les besoins prospectifs en matière de dialyse en Polynésie française de Dr Barbail rédigée le 28 août 2013.

Le fait que la direction de la santé n'ait pas été en mesure de prolonger au-delà de 2015, faute de moyens humains, les comptes de la santé est particulièrement regrettable.

Cette situation illustre les difficultés du Pays à produire une information annuelle fiable et détaillée, qui s'explique pour partie par un moindre accès à des compétences techniques rares et coûteuses, mais également par la faible priorisation de ces sujets dans les orientations stratégiques. Le Pays est tributaire des productions de données de santé de la CPS, qui dispose des outils et des compétences nécessaires, mais qui n'offre qu'une vue partielle des dépenses de santé en Polynésie, quand elle rend ses données pleinement accessibles. L'accès à des données fiables, récentes, et exhaustives est une condition nécessaire à une bonne conduite des politiques publiques de santé, et un enjeu essentiel des réformes attendues de la branche maladie de la PSG.

La fonction épidémiologique, complément indispensable aux données financières, est en cours de structuration, un médecin épidémiologiste a été recruté à la direction de la santé à cette fin. Une enquête « STEPS » (surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles) avait été réalisée en 2010 avec le concours de l'OMS Pacifique, elle devrait être actualisée en 2019. Un tableau de bord, qui regrouperait et normaliserait des données aujourd'hui dispersées⁶³, est envisagé pour 2020, avec le concours de l'association nationale des observatoires régionaux de santé et de l'ISPF.

Recommandation n°4 : Mobiliser au ministère de la santé les moyens en expertise permettant une connaissance fine et actualisée de l'état de santé et des dépenses de santé, ouvrir un accès direct pour le ministère et l'ARASS aux données de santé de la CPS, et mobiliser les ressources nationales d'appui méthodologique

⁶³ Il n'existe pas, par exemple, de dossier patient informatisé commun aux hôpitaux de la direction de la santé et au CHPF.

5.2 Les instruments de maîtrise de la dépense ont été mis en place

La convention État/Pays, outre les réformes spécifiques au régime de solidarité, incluait des engagements de réformes relatives au secteur de la santé en général, reprises du rapport des inspections générales de 2014, et notamment la mise en place d'instruments de planification et d'organisation de l'offre (schéma d'organisation sanitaire, offre de moyen séjour, regroupement des établissements de santé, objectif annuel de dépenses).

Encadré 2 : Les engagements de réforme hors RSPF de la convention État/Pays

- Finaliser l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire (5,53 M€)
- Structurer une offre de moyen séjour (NE gain non estimé)
- Organiser un pôle de santé privée (NE)
- Organiser des régies de recettes dans les hôpitaux périphériques (0,25 M€)
- Développer la chirurgie ambulatoire du CHPF (NE)
- Revoir l'organisation des gardes et astreintes du CHPF (1,8 M€)
- Contrôler les astreintes (NE)
- Revoir le tarif des gardes et astreintes (3,8 M€)
- Revoir les missions de la direction de la santé (NE)
- Regrouper les établissements de santé sous une direction unique (NE)
- Permettre les délégations de tâches aux professionnels non médicaux (NE)
- Développer la télémédecine (NE)
- Augmenter les cotisations du RGS et du RNS (18,5 M€ + 3,9 M€)
- Elargir le ticket modérateur à l'hospitalisation (0,7 M€)
- Diminuer le montant des indemnités journalières à 1,8 smic (3,7 M€)
- Définir annuellement un objectif d'évolution de dépenses (NE)
- Actualiser et harmoniser les listes des ALD pour tous les régimes (0,35 M€)
- Faire de l'abondement du fond d'amortissement de la dette sociale (FADES) une dépense prioritaire dans le budget de la Polynésie française (+ 20,1 M€ pour la CPS, charge équivalente pour le Pays)
- Mettre en place une fiscalité sur les professions jusqu'ici soumise à l'impôt sur les transactions devant être démantelé (NE)
- Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé (6,7 M€)
- Revoir le mode de fixation des prix des médicaments (4,35 M€)
- Passer le financement du CHPF et cliniques privées à la tarification à l'activité (10,3 M€)
- Lancer une réflexion sur une baisse progressive et significative des tarifs de facturation des non ressortissants à la PSG (NE)
- Constituer une dotation d'amortissement au CHPF (+ 20 M€ pour le CHPF, charge équivalente pour le Pays)
- Réglementer les pratiques conventionnelles de la CPS (pas de gain)
- Compléter l'intervention de l'État en faveur du rétablissement financier et la pérennisation du système de santé (6 M€ non récurrent pour l'effacement de la dette AP/HP, alignement des tarifs aux assurés sociaux polynésiens sur ceux de la métropole pour les Evasans, 3 à 5 M€)

Le bilan de ces engagements fait l'objet de l'annexe 4. En termes budgétaires, la mission de 2014 avait estimé à environ 63 M€ annuels⁶⁴ (7,5 MdF CFP, le principal venant de mesures sur les recettes⁶⁵) l'effet potentiel de la totalité de ces mesures. Outre que ce chiffrage ne pouvait pas être très assuré, une partie des réformes prévues est encore en cours (notamment la mise en place des outils de

⁶⁴ Compte non tenu des mesures de financements de la CPS et du CHPF par le budget du Pays, et des économies non récurrentes (effacement de la dette AP/HP). Gain de l'alignement des tarifs en métropole pour les assurés polynésiens retenu à 3 M€.

⁶⁵ Pour la plus significative, l'augmentation des cotisations au RGS et au RNS, le gouvernement du Pays a fait le choix de ne pas augmenter les charges des entreprises et ne l'a pas retenue.

planification et de régulation), et les effets ne se constateront qu'à moyen terme - ce qui n'est pas différent de ce qui est advenu en métropole.

La ventilation par type de fournisseurs de soins⁶⁶ des dépenses d'assurance maladie montre que la dépense hospitalière de la CPS (qu'elle fixe grâce aux dotations) a été maîtrisée sur les dernières années⁶⁷, alors que la dépense ambulatoire – directement indexée sur l'activité de soins - a plus progressé.

Tableau 31 : Évolution des principales composantes de la dépense d'assurance maladie 2013-2018 (en MF CFP)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2018/2013
Hôpital	19 610	19 927	19 841	19 998	20 266	20 547	4,8 %
Médico-social	1 753	2 002	2 212	2 431	2 552	2 723	55,3 %
Ambulatoire	16 513	16 403	16 959	17 492	18 243	19 361	17,3 %
Autres	2 519	2 398	2 523	2 824	2 772	3 048	21,0 %
Dépenses hors territoire	3 888	3 849	3 907	4 120	4 039	4 342	11,7 %
Total	44 283	44 579	45 442	46 865	47 872	50 021	13,0 %

Source : CPS, calculs mission et (*) projections

La CPS a la maîtrise du nombre de professionnels de santé conventionnés via un système plus étendu qu'en métropole puisqu'il règlemente également l'installation des médecins. En fonction de la densité par zones (le zonage doit être revu prochainement sur l'agglomération de Tahiti, du fait de son développement), la CPS accepte ou non de conventionner les professionnels de santé, et de prendre en charge les soins qu'ils délivrent aux assurés sociaux. Le conventionnement lui assure également une maîtrise financière relative de ses dépenses ambulatoires grâce à la fixation des tarifs (CCAM, NGAP⁶⁸). Les tarifs des professionnels de santé n'ont pas évolué depuis 2014 (voir depuis 2011 pour les médecins et les infirmiers). La CPS négocie actuellement avec les syndicats de professionnels de santé la mise à jour de la NGAP (qui date de 2003) et la convergence des coefficients géographiques servant à l'établissement des tarifs. La CCAM des actes médicaux a été revu en 2018.

La CPS a donc les outils qui lui permettent de maîtriser les tarifs et les volumes des actes des professionnels de santé, mais elle rencontre les mêmes difficultés que l'assurance maladie en métropole dans ces négociations, difficultés amplifiées par la nécessité de maintenir l'attractivité du territoire vis-à-vis de professionnels de santé majoritairement non originaires de Polynésie.

Les médecins sont aujourd'hui exclusivement financés à l'acte, de même que les pharmaciens le sont sur le prix unitaire des médicaments. Il n'existe donc pas de financement spécifique de missions de santé publique, ou de rémunération sur objectifs, même si la notion de médecin traitant, de parcours de soins et de panier de soins a été introduite par la loi du Pays du 9 novembre 2017⁶⁹.

Recommandation n°5 : Faire évoluer le mode de rémunération des professionnels de santé en introduisant une part liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

⁶⁶ Cf. : détail dans le tableau 17.

⁶⁷ Compte non tenu de la forte augmentation des tarifs pratiqués vis-à-vis des non assurés à la CPS, donc principalement de ceux qui ressortent de la sécurité sociale, cf. annexe 6.

⁶⁸ CCAM : classification commune des actes médicaux. NGAP : nomenclature générale des actes professionnels.

⁶⁹ La mesure avait été attaquée par le syndicat des médecins libéraux. Si le Conseil d'État a validé les réformes du parcours et du panier de soins, il a annulé les sanctions financières qui étaient prévues en cas de changement de médecin traitant.

Le gouvernement de Polynésie reprend progressivement la maîtrise des enveloppes de dépenses annuelles, fonction qui avait été de facto déléguée au conseil du RGS pendant les années d'instabilité politique et administrative. Cette reprise du contrôle se traduit par des lettres de cadrage du ministre de la Santé et de la Prévention⁷⁰, dont la dernière en date du 5 novembre 2018 fixe, à l'attention des présidents des comités de gestion et conseils d'administration, ainsi que du directeur général de la CPS, les orientations budgétaires des régimes de la protection sociale généralisée. La mission des inspections générales de 2014 avait proposé une formule plus visible dans le processus de décision, via un objectif d'évolution des dépenses de santé présenté à l'Assemblée de Polynésie lors du débat d'orientation budgétaire.

**Encadré 3 : Principales mesures de la lettre de cadrage 2019
du ministre de la Santé et de la Prévention**

Pour l'assurance maladie :

- Recette complémentaire par augmentation de 0,75 point de la cotisation employeur au RGS pour le risque maladie, dans la limite du plafond de 5 MF CFP.
- Maintien de la contribution de 800 MF CFP du Pays au FADES
- Taux d'évolution des dépenses de + 3,6 %
- Mise à jour par voie réglementaires des nomenclatures des actes médicaux, de biologie médicale et des professionnels
- Aligement sur les tarifs de la Sécurité sociale des soins aux ressortissants polynésiens lors d'un evasan, et initiation des modalités techniques et tarifaires pour permettre une réduction progressive des tarifs appliqués aux non ressortissants de la PSG
- Dotations globales de fonctionnement et prix de journée des établissements de santé publics et privés gelées sur les montants de 2018
- Baisse de 2 % du prix des médicaments alignée sur la métropole, et calcul du prix des médicaments sur le prix hors taxe au lieu du prix TTC
- Diminution progressive de l'avance de trésorerie de 280 MF CFP aux pharmacies
- Retour de l'affiliation des bénéficiaires de CAE (contrats d'accès à l'emploi) au RSPF pour le risque maladie

Pour l'assurance vieillesse :

- Augmentation de 0,51 point du taux de cotisation à la tranche A (de 20,85 % à 21,36 %) et augmentation du plafond de 5 000 F CFP (de 258 000 F CFP à 263 000 F CFP)
- Financement du Pays de l'allocation complémentaire de retraite pour les cotisations de -15 ans à hauteur de 2,890 MdF CFP (24,2 M€), dont 1,190 Md F CFP (9,9 M€) au titre de l'apurement du déficit.

Pour la famille :

- Modification des règles d'ordonnancement des fonds d'action sanitaire et sociale
- Maintien de la participation du Pays au RNS à hauteur de 400 MF CFP (3,35 M€).

Source : mission à partir de ministère de la Santé et de la Prévention.

Une mesure importante de réorganisation du pilotage de l'offre de soins a consisté dans la création de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) par arrêté du 12 octobre 2017.

⁷⁰ Selon l'arrêté du 23 mai 2018, les attributions du ministre de la Santé et de la Prévention sont ainsi définies : « Il élabore, propose et met en œuvre la politique et les objectifs stratégiques du gouvernement ainsi que leur financement dans les domaines de la santé et de la protection sociale. Il planifie l'organisation de l'offre de soins publics et privés et l'offre de la prise en charge sociale et médico-sociale ainsi que l'organisation de la prévention, la gestion des professions médicales et paramédicales et participe aux actions de sécurité alimentaire sur l'ensemble de la Polynésie française. Il conçoit et développe la politique du gouvernement et les réformes en matière de protection sociale, de financement et d'équilibre des comptes sociaux, de maîtrise des dépenses de santé... ». C'est depuis l'arrêté d'attribution du ministre de la santé de 2015 que la notion d'équilibre des comptes sociaux a été introduite.

Cette agence, qui constitue un service du ministère de la santé et de la prévention, « a pour mission de proposer les stratégies de politique publique ainsi que leurs financements dans les domaines de la santé, de la famille et des solidarités, de l'action médico-sociale et de la protection sociale. Elle a également pour mission de planifier, coordonner, évaluer et contrôler leur mise en œuvre ».

L'ARASS a des responsabilités particulièrement étendues. Son bureau de la planification est chargé de concevoir les politiques publiques, de coordonner leur mise en œuvre et de les évaluer. Le bureau de l'analyse financière est chargé de définir les objectifs de dépenses dans les domaines sanitaire, social et médico-social. Le bureau de la réglementation et de l'inspection est chargé d'élaborer l'ensemble de la réglementation sanitaire et sociale et d'en contrôler l'application.

L'effectif de l'ARASS comporte 22 postes. Une partie de ses missions étaient antérieurement exercées par la direction de la santé, mais son champ est plus étendu : la montée en charge a été progressive depuis sa création et n'est pas achevée. C'est notamment l'ARASS qui prépare désormais les lettres annuelles de cadrage du ministre de la Santé et elle vérifie ex post que les budgets et dotations aux établissements de santé des régimes respectent bien les orientations et les plafonds de dépense. En cas de désaccord sur les délibérations des conseils d'administration des régimes, une deuxième lecture peut être demandée, et in fine c'est le gouvernement qui a le pouvoir de trancher le désaccord.

Le contrôle budgétaire de l'ARASS porte sur les régimes de la PSG, pas sur les opérateurs et professionnels de santé, pour lesquels la négociation, encadrée par les lettres de cadrage, relève de la CPS. Des évolutions sont souhaitables à moyen terme : l'ARASS devrait avoir un rôle accru dans l'affectation des ressources aux opérateurs de santé et participer aux négociations tarifaires avec les professionnels libéraux.

Recommandation n°6 : Renforcer le rôle de l'ARASS dans la négociation budgétaire et tarifaire avec les fournisseurs de soins

5.3 Des mesures de redressement des comptes de la branche maladie du RGS ont été initiées

A l'image de ce qui a été fait en métropole avec la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale), un fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES), compte d'affectation spéciale du budget du Pays, a été créé en avril 2011. Il a pour objet l'apurement du déficit cumulé de l'assurance-maladie, tel qu'arrêté au 31 décembre 2010 à 14 768 671 338 F CFP (123,5 M€). Pour 2011, le versement du Pays au FADES s'est élevé à 700 MF CFP ; il a été augmenté à 800 MF CFP (6,7 M€) les années suivantes, en application de la loi de Pays du 7 avril 2011. Le budget 2019 prévoit à nouveau un même abondement de 800 MF CFP. Même s'il n'existe pas d'obligation contraignante, la recommandation du rapport des inspections générales de 2014 demandant la pérennisation de ces financements a bien été mise en œuvre.

A la différence de la CADES, la dette à fin 2010 n'a pas été transférée, le FADES n'est qu'un compte de transit au budget du Pays, alimenté annuellement et reversé à la CPS qui continue à porter le solde de la dette dans ses comptes.

A fin 2017, la dette restante prise en charge au titre du FADES s'établissait à 9 268 671 338 F CFP (77,5 M€). Fin 2018, compte-tenu des 800 MF CFP qui ont été alloués au FADES au titre de l'exercice, la dette cumulée du FADES devrait s'établir à 8 468 671 338 F CFP (70,8 M€), soit un horizon de 10,5 années pour apurer le solde de la dette.

Tableau 32 : Solde du FADES 2010-2018

Année	Contribution budgétaire (MF CFP)	Solde du FADES (MF CFP)
2010	/	14 769
2011	700	14 069
2012	800	13 269
2013	800	12 469
2014	800	11 669
2015	800	10 869
2016	800	10 069
2017	800	9 269
2018	800	8 469

Source : *gouvernement de Polynésie.*

Mais le FADES n'a repris que la dette constatée fin 2010, et, compte-tenu des résultats négatifs de certains des exercices suivants, le déficit cumulé à fin 2017 de l'assurance maladie du RGS s'établissait à 13 957 340 746 F CFP (116,5 M€). Il restait donc à cette date un reliquat de dette « hors FADES » à apurer de 4 535 150 882 F CFP (37,9 M€), auquel s'ajoutera le résultat de 2018.

Afin de solder ce reliquat, et dans la perspective de la future couverture universelle maladie, une cotisation exceptionnelle de 0,75 point (sous plafond de 5 MF CFP) à la charge des employeurs à partir de 2019 a été avalisée par les partenaires sociaux, sur sollicitation du gouvernement du Pays, compensée par une baisse équivalente de la cotisation prestations familiales. Le projet de loi « portant création d'une cotisation exceptionnelle pour contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie du régime des salariés » a été adopté en conseil des ministres le 14 novembre 2018 et par l'assemblée de Polynésie le 13 décembre ; elle a été publiée le 31 janvier 2019.

Le produit de cette cotisation exceptionnelle est ainsi imputé sur le déficit cumulé de la branche Assurance Maladie constaté au 31 décembre 2018, jusqu'à apurement total, dans un horizon de mise en œuvre limité à quatre années. Compte tenu de la perspective « d'atterrissage » de la branche maladie en 2018 (à -184 MF CFP), le déficit cumulé à date serait de 14,818 MdFcfp⁷¹ (124,2 M€). La part du déficit global prise en charge par le Pays dans le cadre du FADES étant évaluée à 8,469 MdF CFP (71 M€), le déficit restant à apurer hors FADES s'établirait à 6,349 MdF CFP (53,2 M€, 43 %). La recette de cotisation attendue de la cotisation exceptionnelle, appliquée à une masse salariale sous plafond de 221 805 MF CFP, est estimée à près de 1,664 milliard F CFP (13,9 M€) en année pleine⁷², ce qui devrait donc permettre un apurement de cette partie de la dette à l'horizon de fin 2022, sous réserve que de nouveaux déficits n'interviennent pas dans l'intervalle.

⁷¹ Montant qui sera définitivement arrêté lors de la reddition des comptes 2018 du régime.

⁷² Source : communiqué du conseil des ministres de Polynésie.

5.4 Une affiliation des fonctionnaires d'État à la PSG pour le risque maladie reste souhaitable

Comme indiqué en préambule, 26 232 personnes, fonctionnaires d'État et ayants droit, restent affiliées à la sécurité sociale métropolitaine, soit près de 10 % de la population du territoire, en application de la loi du 5 février 1994 pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française⁷³.

Cette situation n'est pas systématique dans les territoires des outre-mer dotés d'une autonomie de gestion de la protection sociale : les fonctionnaires d'État en Nouvelle Calédonie sont affiliés pour le risque maladie à la caisse locale de protection sociale (régime unifié d'assurance maladie-maternité de la CAFAT)⁷⁴, alors qu'à Wallis et Futuna tous les habitants bénéficient d'une prise en charge des frais de santé délivrés localement⁷⁵ par l'État, via l'agence de santé. A Saint Pierre et Miquelon, la Caisse de protection sociale créée en 1997 assure les fonctionnaires comme les salariés et retraités.

La DSS a fait valoir à la mission que le précédent de la Nouvelle Calédonie « s'explique par des raisons historiques propres à ce territoire. L'ancien accord de coordination entre la Nouvelle-Calédonie et la métropole était défavorable à la Nouvelle-Calédonie, qui avait notamment la charge des soins de santé des pensionnés d'un régime métropolitain résidant sur son territoire, lesquels étaient plus nombreux que ceux d'un régime néo-calédonien résidant en métropole.

Dans le cadre des négociations sur la révision des règles de coordination et en compensation de cette charge déséquilibrée longtemps supportée par la Nouvelle-Calédonie, l'État a accédé à la demande de la Nouvelle-Calédonie d'affiliation des fonctionnaires d'État et de leurs ayant droit à la CAFAT, mais pour les seules prestations en nature maladie-maternité et lorsque ces fonctionnaires sont en poste en Nouvelle-Calédonie pendant plus de 6 mois ».

La situation en Polynésie a plusieurs inconvénients, de principe, administratifs et financiers :

- alors qu'ils ne cotisent pas à la CPS, les fonctionnaires d'État bénéficient d'une prise en charge selon les règles de celle-ci, qui sont pour certaines plus favorables qu'en métropole (pas de forfait hospitalier par exemple);
- la convention de coordination des régimes implique une gestion administrative complexe des remboursements réciproques, source de contentieux (cf. 2.4) ;
- la prise en charge par un tiers des consultations et soins du CHFP pour les affiliés à la sécurité sociale a incité à une dérive des tarifs pratiqués pour équilibrer ses comptes (cf. annexe 6).

⁷³ Art. 11. - Les personnes relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, qui exercent leurs fonctions en Polynésie française ou qui y résident en qualité de pensionnés au titre de ce code, sont affiliées à compter du 1^{er} janvier 1995, pour les prestations en nature relevant de l'assurance maladie-maternité, au régime de sécurité sociale qui leur serait applicable si elles exerçaient leurs fonctions en métropole ou y résidaient en qualité de pensionnés au titre dudit code.

⁷⁴ L'article 126 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, complété par la loi de pays néo-calédonienne n° 2002-20 du 6 août 2002 portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social, prévoit, depuis le 1^{er} juillet 2002, que les fonctionnaires civils et militaires de l'État, les magistrats de l'ordre judiciaire, les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, ainsi que les ouvriers de l'État en poste en Nouvelle-Calédonie demeurent affiliés, en matière d'assurance maladie et maternité, au régime métropolitain lorsque leur séjour est égal ou inférieur à six mois, et sont assujettis au régime unifié d'assurance maladie et maternité (RUAMM) de la Nouvelle-Calédonie, pour les seules prestations en nature, lorsqu'ils sont affectés sur place pour plus de six mois.

⁷⁵ Sauf pour les Evasans en métropole et Nouvelle Calédonie, les wallisiens doivent s'assurer pour leur risque santé en cas de prise en charge hors du territoire.

Les missions des inspections générales de 2010⁷⁶ et 2014⁷⁷ avaient déjà évoqué cette question. Celle de 2010 avait suggéré l'introduction d'une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie assise sur la masse salariale des agents de l'État en Polynésie française. Celle de 2014 avait été plus loin dans la réflexion et préconisé, pour assainir cette situation, une affiliation des fonctionnaires d'État à la CPS⁷⁸.

Ces recommandations n'ont pas été suivies (le compte-rendu d'une réunion interministérielle du 10 décembre 2014 indique que « l'affectation au régime des cotisations patronales versées par l'État, qui paraît excessivement complexe et ne permettrait pas d'apporter une aide suffisante au régime, est écartée »). Sans qu'il ait été possible de retrouver les éléments qui avaient mené à cette conclusion, la DSS a fait état de plusieurs points de vigilance si ce transfert devait être décidé (distinction des prestations en nature résultant d'un accident du travail et d'une maladie, prise en charge des soins lors de séjours en métropole, perte du bénéficiaire de la coordination européenne en cas de soins dans un pays de l'UE...). La mission estime néanmoins que le bien-fondé de la proposition formulée en 2014 par les inspections générales demeure inchangé.

Recommandation n°7 : Affilier les fonctionnaires d'État et leurs ayant-droits à la CPS pour le risque maladie

La mission de 2014 avait évalué les effets de cette affiliation. La présente mission n'a pas cherché à renouveler cet exercice, relativement lourd, les recommandations antérieures étant restées sans suite. Si elles devaient être finalement suivies, une actualisation complète des chiffrages serait nécessaire.

La mission de 2014, avec l'aide du Haut-Commissariat, avait tout d'abord procédé à une estimation de la masse salariale brute, qui comprend le traitement indiciaire, le coefficient de majoration outre-mer et les indemnités. Elle ne comprend en revanche pas les indemnités d'éloignement, de changement de résidence, les dépenses d'accidents de service et les remboursements partiels de loyers qui ne font pas partie du salaire. Aux approximations près (certaines administrations n'avaient pas répondu à l'enquête du Haut-Commissariat⁷⁹), la masse salariale cible avait été évaluée pour 2013 à 48,857 MdF CFP (407,7 M€) pour les fonctionnaires en activité, et à 28,367 MdF CFP (237,7 M€) pour les pensionnés.

En appliquant les taux de cotisation actuels à l'assurance maladie (16,29 % contre 16,59 % en 2013 pour les actifs, 5,43 % contre 4,02 % pour les pensionnés) sur les mêmes masses, les cotisations acquittées seraient respectivement de 7,95 MdF CFP (66,5 M€) pour les actifs et de 1,540 Md F CFP (12,9 M€) pour les retraités, soit un total d'environ 9,5 MdF CFP (79 M€). Pour les fonctionnaires en activité, la part patronale (10,86 %) à la charge de l'État serait de 5,306 MdF CFP (44,4 M€), celle des salariés de 2,653 MdF CFP (22,2 M€).

Comme détaillé en 2.4, les créances de la CPS présentées à la sécurité sociale de métropole en 2017 ont été de 65,258 M€ (7,803 MdF CFP). Sous réserve d'un affinement des chiffres⁸⁰, la CPS bénéficierait donc d'environ 1,7 MdF CFP (14,2 M€) de financement complémentaire si les fonctionnaires et pensionnés de l'État y étaient affiliés.

⁷⁶ Recommandation n°3, annexe XXIII Rapport IGA-IGAS-IGF - 2010 (tome 3).

⁷⁷ Recommandation n°5, annexe III.

⁷⁸ Proposition n°5, annexe III.

⁷⁹ Parmi les non répondants, la gendarmerie nationale a des effectifs significatifs, de l'ordre de 300 personnels hors escadrons mobiles, mais leur non prise en compte ne dégrade pas significativement l'enquête qui ciblait les quelques 11 000 fonctionnaires d'État en Polynésie.

⁸⁰ Qui inclut aussi les soins à des assurés de passage en Polynésie, pour une petite part.

Par contre, toutes choses égales par ailleurs, le CHPF verrait ses recettes fortement diminuer (cf. annexe 6), puisque les tarifs appliqués aux fonctionnaires d'État disparaîtraient et seraient inclus dans la dotation globale à proportion de leur poids relatif dans la patientèle⁸¹. La transparence des conditions de son financement seraient améliorées, puisque la quasi-totalité de sa dotation serait négociée avec un seul interlocuteur.

La charge part patronale de l'État serait légèrement augmentée, le taux acquitté actuellement étant de 10 % (9,7 % + les 0,3 % de cotisation solidarité autonomie, inexistante en Polynésie) : + 420 k€ environ. Pour les fonctionnaires, qui relèvent en Polynésie des dispositions particulières de l'article D 712-4-1 du code de la sécurité sociale, ils acquittent aujourd'hui une cotisation d'assurance maladie au taux de 4,75 %. La diminution de traitement serait équivalente au différentiel de taux appliqué (5,43 % au lieu de 4,75 %, +0,68 point), soit 2,77 M€. Au vu des conditions très favorables du coefficient de majoration de traitement outre-mer en Polynésie, qui excède très significativement l'écart de coût de la vie (cf. annexe 1), de l'absence d'impôt sur le revenu et de CSG⁸², l'impact reste très modéré. Pour les retraités (qui bénéficient par ailleurs d'une exonération de CSG, CRDS et CASA) le taux de cotisation maladie passerait de 3,2 % à 5,43 %, soit un impact d'environ 633 MF CFP (5,3 M€).

Une solution dégradée, et plus complexe à gérer administrativement, consisterait à affilier à la CPS pour la maladie les nouveaux fonctionnaires d'État affectés en Polynésie, et à maintenir l'affiliation à l'assurance maladie de métropole pour ceux en poste. Vu le taux élevé de mobilité en Polynésie des fonctionnaires d'État, la bascule devrait se faire assez rapidement pour la majorité d'entre eux. Il serait aussi envisageable de limiter la mesure aux fonctionnaires civils, vues les conditions particulières de mobilité des personnels militaires, et aux affectations de plus de six mois comme en Nouvelle Calédonie.

6 LA PERSPECTIVE D'UNE « PSG2 » CONCERNE A LA FOIS L'EQUILIBRE DE SON FINANCEMENT ET SES MODALITES DE GOUVERNANCE

6.1 Confirmant le résultat positif de 2017, « l'atterrissage » 2018 de la PSG et les perspectives 2019/2021 sont positivement orientées

Alors que le budget voté anticipait un déficit tous régimes de 2,237 MdF CFP (18,7 M€) en 2018, les perspectives « d'atterrissage » établies par la CPS au 15/11/2018 prévoient un résultat positif de 434 MF CFP (3,6 M€). Le régime général des salariés afficherait un résultat positif de 131 MF CFP (1,1 M€, inclus l'apport du Pays de 800 MF CFP au FADES), celui des non-salariés un déficit de 172 MF CFP (1,4 M€), et le régime de solidarité un résultat positif de 475 MF CFP (4 M€). Ce résultat globalement positif serait le deuxième depuis 2014, exercice qui succédait à quatre années de déficits qui s'étagaient entre 5 et 6,5 MdF CFP.

⁸¹ Mais cette perte mathématique de recettes pourrait être compensée par une augmentation de la dotation globale, puisque la CPS percevrait en retour les recettes supplémentaires de cotisations des fonctionnaires d'État.

⁸² Les fonctionnaires d'État n'acquittent pas la CSG, mais la CST est prélevée sur leur traitement.

Tableau 33 : Résultats de la PSG 2010-2017

	2010	2011	2012	2013	2014*	2015	2016	2017
En MF CFP	-4 959	- 5 290	-5 997	-6 516	705	-2 204	-1 854	3 784

Source : CPS.

*L'excédent de 2014 s'explique par deux collectifs budgétaires qui ont abondé le RSPF de 3,5 MdF CFP.

Tableau 34 : Prévisions d'exécution du budget 2018 de la PSG (au 15 novembre)

Atterrissage 2018 En MF CFP	(1) RGS	(2) RSPF	(3) RNS	(4) Atterrissage 2018	(5) Budget 2018	Écart 4/5
Cotisations et majorations	88 299		3 440	91 739	90 491	+1248
Participations du Pays	2 833		400	3 233	2000	+1 233
FELP		27 664		27 664	27 139	+525
<i>Dont financement État</i>		<i>1 432</i>		<i>1 432</i>	<i>1 400</i>	+32
Autres produits	2 486		272	2 758	1 815	+944
Total recettes	93 618	27 664	4 112	125 394	121 445	+3 981
Famille	4 499	2 052	284	6 834	6 801	+34
Action sociale	1 624	1 976	141	3 741	3 969	-228
Handicap et subventions aux établissements	253	5 401	15	5 669	5 405	+264
Maladie/Accidents du travail	39 365	12 671	3 175	55 211	54 816	+395
vieillesse	43 462	4 062		47 524	47 682	-157
Charges administratives	2 952	1 026	338	4 316	4 523	-207
Dotations aux provisions, compensations et autres charges	2 133	1	331	2 465	1 287	+1 178
Total dépenses	94 287	27 189	4 284	125 760	124 482	+1 279
Participation du Pays au FADES	800			800	800	
Résultats	131	475	-172	434	- 2237	+2 671
<i>Solde à fin 2018</i>	<i>33 615</i>	<i>1 755</i>	<i>-355</i>			

Source : CPS.

L'amélioration de la conjoncture économique, et donc des recettes issues des cotisations⁸³, explique une part de cette amélioration. Le Pays a par ailleurs voté une subvention de 1 Md F CFP (8,4 M€) au RGS, afin de financer une part de l'apurement du déficit du fonds de solidarité retraite pour les cotisations de -15 ans⁸⁴.

Selon le projet de budget 2019 en date du 23 novembre 2018, celui-ci devrait être excédentaire (+ 495 MF CFP, soit 4,1 M€), seul le RNS restant légèrement déficitaire (- 89 MF CFP, soit -745 k€). La masse salariale sous plafond AM devrait progresser de 2,75 %. Le gouvernement du Pays a indiqué son engagement à poursuivre au cours de cet exercice son concours d'1 Md F CFP (8,4 M€) à l'apurement du déficit du fonds de solidarité retraite. La reprise au sein du RSPF du risque maladie

⁸³ Le budget 2018 était basé sur une progression de la masse salariale de +2 %, le taux réalisé devrait être de l'ordre de + 2,75 %. Les cotisations encaissées devraient être supérieures d'1,2 Md FCFP (10 M€) à la prévision.

⁸⁴ Le déficit cumulé du FSR était de 3,794 Mds F CFP (31,7 M€) à fin 2017.

des contrats aidés CAE, financé par le Pays⁸⁵, va alléger d'autant les charges de la maladie au sein du RGS.

La contribution de l'État au financement du régime de solidarité, via le FELP, est anticipée -à 1432 Md F CFP (12 M€) comme en 2018 (elle l'est dans le budget 2019 de la DGOM pour un montant de 8 M€).

Les soldes du RGS et du RNS resteraient encore inférieurs à la réserve d'une année de charges de retraite prévue par la réforme de septembre 2018.

Tableau 35 : Budget prévisionnel 2019 de la PSG

Solde à fin 2018			33 615	1 755	-355
Projet de budget 2019 (MF CFP)	PSG 2019	%	RGS	RSPF	RNS
Cotisations et majorations	95 206	72,8 %	91 610		3 596
Participations du Pays	4 290	3,3 %	3 890		400
FELP	28 548	21,8 %		28 548	
<i>Dont financement de l'État</i>	1 432	1,1 %		1 432	
Autres produits	2 801	2,1 %	2 521		280
Total recettes	130 845	100 %	98 021	28 548	4 276
<i>% des recettes</i>			74,9 %	21,8 %	3,3 %
Famille	7 026	5,4 %	4 464	2 365	257
Action sociale	4 008	3,1 %	1 772	2 048	188
Handicap et subventions aux ets	5 992	4,6 %	266	5 710	16
Maladie/accidents du travail	57 330	44 %	40 533	13 444	3 354
Vieillesse	49 318	37,8 %	45 267	4 051	
Charges administratives	4 304	3,3 %	2 971	989	345
Provisions, compensations entre branches et autres charges	2 372	1,8 %	2 166	1	205
Total dépenses	130 350	100 %	97 438	28 546	4 366
<i>% des dépenses</i>			74,7 %	21,9 %	3,3 %
Résultats	495		583	2	-89
<i>Solde à fin 2019</i>			34 198	1 757	-445

Source : CPS, calculs mission.

Selon les projections effectuées à mi 2018 par la CPS pour les trois années 2019-2021, les charges des régimes devraient s'accroître sur un rythme annuel de +2,9 %, ce qui suppose une meilleure maîtrise des dépenses qu'en 2018 (+4,7 %). Outre l'effet progressif de la réforme des retraites, cela suppose de poursuivre sans temps mort les réformes prévues à la convention, et de contenir les dépenses par une action sur les tarifs et sur les volumes (mise à jour des nomenclatures des actes médicaux, réorganisation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière ...).

⁸⁵ Pour les CAE et leurs ayant-droits, la charge maladie est estimée à 615 M F CFP (5,1 M€), pour des cotisations de 207 M F CFP (1,7 M€), soit un déficit de 408 M F CFP (3,4 M€). Les CAE représentent 3149 ouvrants droit, et 4496 ayants droit au 1^{er} semestre de 2018.

Avec cet effort de maîtrise des dépenses, mais sans nouvelles réformes paramétriques, la CPS anticipe pour le triennal 2019-2021 :

- une baisse des bénéficiaires des prestations familiales de 1,1 % par an du fait de l'évolution de la natalité, et une baisse identique des coûts moyens ;
- une augmentation du nombre des bénéficiaires des prestations vieillesse de 2,2 % par an, et une évolution du coût moyen des pensions de 1,6 % par an ;
- une augmentation du nombre des bénéficiaires des prestations adultes handicapés de 2,1 % par an, avec une progression des coûts moyens de 1,3 % par an ;
- une augmentation du nombre des bénéficiaires des prestations santé de 1,1 % par an, une progression des coûts moyens des patients en longue maladie de 1 % par an, et une progression des coûts moyens de prise en charge des personnes âgées de 1,1 % par an ;
- et une augmentation des aides sociales de 3,2 % par an.

Sur la base de ces paramètres, les dépenses de la PSG augmenteraient de 2,9 % en moyenne annuelle sur la période 2019-2021.

Tableau 36 : Projection des dépenses de la PSG pour les années 2019-2021

	2017*	2018	Variation 2017/2018	2019	2020	2021	Taux moyen évolution	Variation moyenne en MFCFP
Prestations familiales	6 827	6 801		6 749	6 697	6 645		
<i>Taux d'évolution</i>			-0,4 %	-0,8 %	-0,8 %	-0,8 %	-0,8 %	-52
Prestations vieillesse	45 704	47 682		49 105	50 572	52 081		
<i>Taux d'évolution</i>			+4,3 %	+3 %	+3 %	+3 %	+3,1 %	+1467
Prestation handicap	5 186	5 405		5 554	5 708	5 866		
<i>Taux d'évolution</i>			+4,2 %	+2,8 %	+2,8 %	+2,8 %	+2,8 %	+154
Prestations santé	52 135	54 816		56 570	58 380	60 248		
<i>Taux d'évolution</i>			+5,1 %	+3,2 %	+3,2 %	+3,2 %	+3,3 %	+1811
Action sociale	3 453	3 969		4 096	4 227	4 362		
<i>Taux d'évolution</i>			+14,9 %	+3,2 %	+3,2 %	+3,2 %	+3,3 %	+131
Total PSG	113 305	118 672		122 074	125 583	129 203		
Dépenses projetées en +				3 402	3 509	3 620		
<i>Taux d'évolution</i>			+4,7 %	+2,9 %	+2,9 %	+2,9 %	+3 %	3 510

*hors charges administratives et provisions.

Source : CPS.

Les prestations vieillesse se répartiraient en 71,3 % pour la retraite « tranche A », 14,7 % pour la retraite « tranche B », 5,5 % pour l'aide à la complémentaire retraite (ACR du RGS) et 8,5 % pour le RSPF.

Les prestations santé comprendraient 91,4 % de prestations en nature et 8,6 % de prestations en espèces. Les prestations handicap couvrent à la fois les allocations et les subventions aux établissements médico-sociaux (1,7 Md F CFP, 14,2 M€) qui se répartissent entre 96 % au bénéfice des personnes handicapées adultes, et 4 % pour les enfants en situation de handicap.

Au-delà du rôle particulier du conseil d'orientation des retraites, il sera utile de mettre en place également un mécanisme d'échanges réguliers des données conjoncturelles entre la CPS, l'ARASS et la direction de la santé, afin de pouvoir alerter le gouvernement du Pays en cas d'écart important par rapport aux prévisions et proposer les mesures de redressement.

6.2 Une réflexion sur la répartition des financements de la PSG devra être engagée

Si l'on considère l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux, on constate que la CPS assume plus de 80 % du financement, cette part étant en recul de deux points sur la période 2010-2015, la part des ménages progressant elle d'un point. Faute d'actualisation de l'analyse des données de santé, il n'est pas possible de savoir si cette évolution s'est poursuivie. L'augmentation du ticket modérateur pour les consommations ambulatoires de 20 à 30 % en 2011 et l'instauration d'un ticket modérateur de 5 % sur les longues maladies la même année ont accru cette part (+ 21 % entre 2010 et 2011).

Tableau 37 : Évolution du financement de la CSBM de 2010 à 2015

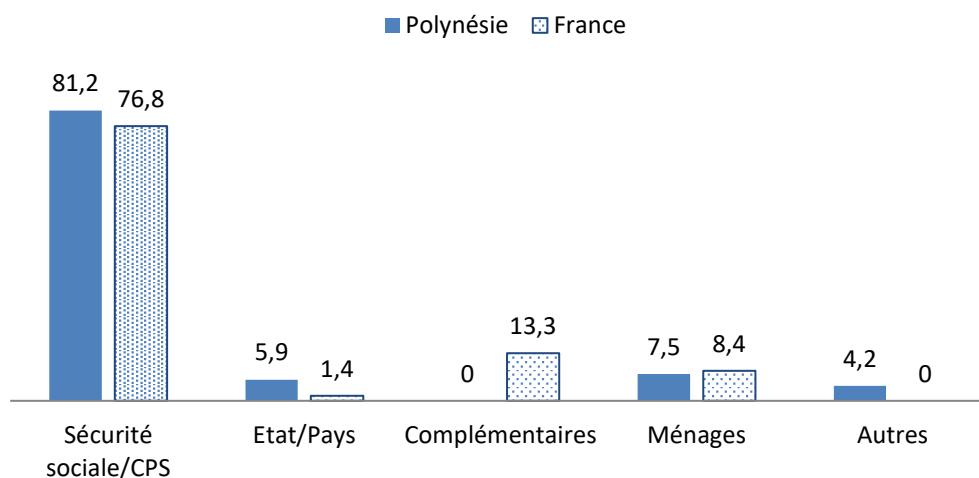
	2010	%	2011	2012	2013	2014	2015	%
CPS	53 211	83,3 %	51 528	52 229	52 539	53 497	54 175	81,2 %
Pays	3 976	6,2 %	4 255	4 409	4 818	4 158	3 963	5,9 %
État	593	0,9 %	640	686	729	747	766	1,1 %
Ménages	4 107	6,4 %	4 975	5 247	4 956	4 905	4 998	7,5 %
Autres	1 989	3,1 %	1 701	1 222	1 750	2 053	2 792	4,2 %
TOTAL	63 876	100 %	63 099	64 792	64 792	65 360	66 694	100 %

Source : CPS, calculs mission.

La mission de 2014 des inspections générales avait suggéré plusieurs mesures tendant à accroître la part de financement des dépenses de santé par les ménages, non retenues à ce stade par le gouvernement du Pays : élargissement du ticket modérateur aux dépenses hospitalières hors RSPF ; création d'un forfait hospitalier ; instauration d'une franchise sur les médicaments, les consultations médicales, les actes paramédicaux, et les transports sanitaires ; révision des taux et plafonds des indemnités journalières.

Par rapport à la métropole et à la même date, la part respective des contributeurs au financement de la CSBM est assez différente.

Graphique 22 : Répartition du financement de la CSBM en 2015



Source : mission d'après direction de la santé de Polynésie et DREES.

L'analyse des différences ainsi retracées doit prendre en compte deux biais : la part des complémentaires, importante en France de métropole, inexistante en Polynésie⁸⁶, est financée par les ménages, avec un mécanisme assurantiel de solidarité entre les adhérents. Pour la Polynésie, la part « autres », inexistante dans les données compilées par la DREES pour la métropole, recouvre notamment le financement par la sécurité sociale des soins aux assurés non affiliés à la CPS. La part du financement « protection sociale » (CPS + sécurité sociale) est ainsi plus importante en Polynésie, alors que la part finale des ménages (complémentaires + prise en charge directe) est nettement supérieure en métropole.

Au sein de la protection sociale généralisée, le financement des prestations se répartit entre les cotisations pour 73 %, les financements budgétaires (subventions Pays et FELP, y compris l'apport de l'État) pour 25 % et autres recettes pour 2 %. Pour le RGS, la part des cotisations dans son financement est de 93,5 %, pour le RNS de 84,1 %. Le plafonnement des cotisations a eu longtemps un effet anti-redistributif marqué, qui a largement disparu avec les augmentations successives du plafond, de 3 MF CFP à 5 MF CFP (41.800 €) pour le RGS entre 2008 et 2015 ; de 1 MF CFP à 5 MF CFP pour le RNS sur la même période.

La situation de la PSG se révèle aujourd'hui moins compromise que le rapport des inspections générales de 2014, ou le rapport de la chambre territoriale des comptes de 2017 ne l'avaient en leur temps constaté. La réforme des retraites a enfin traité ce que la CTC qualifiait de « point noir » dans son rapport. La PSG a retrouvé un équilibre financier en 2017 ; les perspectives pour 2019/2021 anticipent sa prolongation ; et la réforme des retraites devrait en équilibrer les comptes jusqu'en 2027 d'après les simulations.

⁸⁶ Leur absence n'est pas absolue, mais leur part dans le financement est trop marginale pour apparaître dans les comptes de la santé.

Ce rétablissement n'exonère toutefois pas d'une nécessaire réflexion sur le mode de financement de la PSG :

- d'abord parce que les hypothèses sur lesquelles est bâti ce redressement sont incertaines : la croissance économique et de l'emploi salarié seront-elles suffisantes pour assurer la progression des cotisations ? Quelle que soit la vertu des politiques conduites par le gouvernement du Pays, l'économie de la Polynésie est, de par sa taille et nonobstant l'amortisseur des financements de l'État, particulièrement sensible à la conjoncture économique mondiale ;
- ensuite parce que le champ de la protection sociale en Polynésie est encore limité. Même si l'instauration d'un minimum social ou d'une indemnisation du chômage ne sont pas d'actualité, les nombreux plans de santé publique et de solidarité en cours d'élaboration (politique familiale, personnes âgées, handicap, prévention, lutte contre les addictions etc...) ont par définition un coût significatif, qui s'ils se mettent en place impacteront les finances du Pays et/ou de la PSG. A cet égard, la mission a constaté que si l'état des lieux et les orientations de ces différents plans ont été documentés et réfléchis, il n'existe pas toujours d'analyse du coût ni de plan de financement, et encore moins de consolidation financière d'ensemble. C'est une étape indispensable aujourd'hui.

Recommandation n°8 : Préciser les modalités de mise en œuvre et chiffrer le coût de chacun des plans de santé publique et des politiques de solidarité, et l'intégrer à un document de programmation budgétaire

A partir de cette vision plus large que celle de la seule PSG d'aujourd'hui, une réflexion sur les sources de financement paraît devoir être conduite.

Outre les cotisations sociales très majoritaires dans le financement du RGS et du RNS, l'instauration de la contribution de solidarité territoriale (CST) dès 1994, puis l'augmentation de son taux, a déjà mis en place un système de financement basé sur l'ensemble des revenus et destiné au financement du volet « solidarité » de la protection sociale, à l'image de la CSG en métropole. La CST est un impôt prélevé à la source sur les revenus salariés et assimilés (traitements, salaires, pensions, rentes viagères et indemnités diverses) des personnes physiques domiciliées en Polynésie. Depuis la réforme fiscale de 2013, son taux s'étage de 0,5 % pour la fraction des revenus mensuels inférieurs à 150 000 F CFP (1254 €) à 25 % pour la fraction au-delà de 2,5 MF CFP (20.908 €). La CST s'applique aussi aux revenus des professions non salariées, aux activités agricoles et assimilées, et aux revenus des capitaux mobiliers.

Alors que le coût du travail est déjà élevé en Polynésie, l'actuel gouvernement du Pays considère à juste titre que l'alourdissement des prélèvements sociaux serait contre-productif. Alors que la convention État/Pays prévoyait d'augmenter les cotisations au RGS et au RNS (pour respectivement 18,5 M€ -2,2 MdF CFP-, et 3,9 M€ -466 MF CFP), cette option a été écartée au motif de « *la volonté du gouvernement de ne pas alourdir les prélèvements sociaux, et les orientations retenues dans le cadre de la réforme de la PSG (élargissement de l'assiette et fiscalisation des revenus)*⁸⁷ ».

Dans un contexte de besoins et de coûts croissants, maintenir l'équilibre de la PSG actuelle sans alourdir les prélèvements sociaux est déjà exigeant. Si le Pays veut également élargir le périmètre de la solidarité, d'autres sources de financements, impôts indirects, taxes ou contribution assise sur les revenus type CST seront indispensables⁸⁸.

⁸⁷ Comité de suivi de la convention octobre 2018.

⁸⁸ En Nouvelle Calédonie, une contribution calédonienne de solidarité a été créée par la loi du Pays du 31 décembre 2014. Elle s'applique aux revenus d'activité, de remplacement et de solidarité au taux de 1 %, ainsi qu'à un taux de 2 % aux

Recommandation n°9 : Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la PSG entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes

6.3 La perspective de création d'une branche universelle maladie impliquera une restructuration globale de la protection sociale polynésienne

Le gouvernement de Polynésie a affiché dans son programme la perspective de création d'une branche universelle maladie, engagement réitéré dans la lettre de cadrage 2019 du ministre de la Santé et de la Prévention.

L'universalité du régime est déjà acquise côté prestations : avec l'alignement de la prise en charge des longues maladies, les trois régimes offrent la même couverture du risque maladie.

Pour ce qui est des ressources, le préalable d'un apurement du déficit cumulé devrait être acquis en 2019, notamment, pour le RGS, grâce à la contribution exceptionnelle employeur de 0,75 point⁸⁹, et le Pays a redressé la situation du RSPF avec une contribution exceptionnelle de 1,6 Md F CFP en 2017(cf. annexe 3). Même s'il apparaîtra toujours comptablement faute de cantonnement, le déficit pris en charge au titre du FADES sera progressivement apuré par la poursuite de la subvention annuelle de 800 MF CFP (6,7 M€) du Pays⁹⁰.

Mais la création d'une branche universelle maladie ne pourra pas coexister institutionnellement avec les trois régimes actuels dont la gouvernance est déjà complexe (confusion du conseil du RGS et de la CPS, délégation de gestion des autres régimes).

Au-delà des difficultés techniques de réalisation à lever, de nombreux sujets sensibles devront être étudiés et tranchés, notamment :

- la création d'une branche universelle maladie implique-t-elle la création de branches vieillesse et familles distinctes, ou bien va-t-on vers un régime universel (cf. régime agricole en France métropolitaine) ?
- quelle pondération des représentations au sein des conseils, au-delà des représentants des salariés et des employeurs (retraités, associations familiales...) ?
- quelle répartition des rôles entre la CPS et l'ARASS quant aux relations avec les fournisseurs de soins ambulatoires et hospitaliers ?
- quelle répartition du financement et de la gestion de l'action sociale entre les régimes et le Pays ?
- quelle contribution de la PSG au financement de la santé primaire et des plans de santé publique ?

revenus du patrimoine, aux produits des valeurs mobilières, aux produits d'épargne et de placement et aux produits des jeux.

⁸⁹ Adoptée le 13 décembre 2018 par l'Assemblée de Polynésie (texte n° 2018-47 portant création d'une cotisation exceptionnelle pour contribuer à l'équilibre de l'assurance maladie du régime des salariés).

⁹⁰ Pour 2019, la somme de 800 MF CFP a bien été inscrite au budget primitif (délibération n°2018-97 du 6 décembre 2018 de l'Assemblée de Polynésie).

- quelle évolution de la gouvernance par le Pays de la protection sociale ? Aujourd'hui l'Assemblée de Polynésie ne connaît de la PSG que lorsqu'elle fixe le montant du FELP pour le RSPF ou examine des projets de réformes (retraite, médecin traitant...) que le gouvernement lui présente. Dans la même logique que l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale en métropole en 1996, un projet de loi annuel de financement de la PSG pourrait lui être présenté comme pour le budget du pays ; avec la perspective à terme une loi de programmation pluriannuelle⁹¹.
- quel rôle du gouvernement du Pays dans la gestion de la CPS ? : aujourd'hui, c'est son Conseil et donc les partenaires sociaux du RGS qui ont la maîtrise de son fonctionnement, le gouvernement du Pays n'ayant qu'un rôle d'influence. Les attentes du Pays vis-à-vis du gestionnaire de la PSG pourraient faire l'objet d'une contractualisation, sous forme de convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion.

La résolution de ces questions, largement imbriquées, demande une organisation en mode projet, avec une gouvernance propre.

Recommandation n°10 : Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la PSG entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes

Liste des recommandations de l'Annexe 2

n°1	Instaurer un système de convention d'objectifs et de gestion entre le Pays et la CPS
n°2	Organiser, à l'initiative de la DSS, une commission mixte CPS/régimes d'assurance maladie de métropole en 2019 afin d'apurer les comptes et de simplifier les circuits.
n°3	Evaluer au sein du nouveau Conseil d'orientation et de suivi des retraites les réformes nécessaires au rétablissement de l'équilibre de la tranche B du régime de retraite du RGS
n°4	Mobiliser au ministère de la santé les moyens en expertise permettant une connaissance fine et actualisée de l'état de santé et des dépenses de santé, ouvrir un accès direct pour le ministère et l'ARASS aux données de santé de la CPS, et mobiliser les ressources nationales d'appui méthodologique
n°5	Faire évoluer le mode de rémunération des professionnels de santé en introduisant une part liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.
n°6	Renforcer le rôle de l'ARASS dans la négociation budgétaire et tarifaire avec les fournisseurs de soins
n°7	Affilier les fonctionnaires d'État et leurs ayant-droits à la CPS pour le risque maladie
n°8	Préciser les modalités de mise en œuvre et chiffrer le coût de chacun des plans de santé publique et des politiques de solidarité, et l'intégrer à un document de programmation budgétaire
n°9	Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la PSG entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes
n°10	Engager une réflexion sur l'équilibre du financement futur de la PSG entre cotisations sociales et impositions directes ou indirectes

⁹¹ Évolution déjà suggérée lors de la mission des inspections générales de 2014.

ANNEXE 3

LE REGIME DE SOLIDARITE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

La présente annexe évalue le Régime de Solidarité (RSPF), objet principal de la convention. La période analysée débute à l'année 2014, date du dernier rapport inter inspection, et s'étend sur la durée de la convention jusqu'en 2018.

Le Régime de Solidarité (RSPF) est un régime de protection sociale chargé de servir des prestations et des allocations au titre de la maladie, de la famille, de la vieillesse et du handicap.

Le RSPF n'est pas un régime contributif, mais un régime « résiduel », c'est-à-dire destiné aux personnes ne relevant pas des deux autres régimes (régimes des salariés et des non-salariés) dont l'admission s'effectue sous condition de ressources. En l'absence de dispositif d'indemnisation du chômage et d'un équivalent au revenu de solidarité active, le RSPF est supposé garantir une « couverture sociale de base » à ses ressortissants.

La couverture maladie, seule obligatoire, représente presque la moitié des dépenses. Les autres dépenses comprennent des prestations familiales, des allocations aux personnes âgées et aux adultes handicapés, des subventions aux établissements sociaux et médico-sociaux. Le régime de solidarité comprend également un fonds d'action sociale (FAS) destiné à apporter des aides, en nature et en espèces aux personnes défavorisées, à verser des allocations à des familles d'accueil (handicapés, personnes âgées, mineurs protégés, etc.) et à subventionner des associations.

Le RSPF est un régime complexe. A la grande diversité des prestations proposées, s'ajoute une gestion partagée entre plusieurs ordonnateurs qui se partagent le champ social : la CPS pour ce qui concerne les prestations maladie/santé et la direction des affaires sociales (DAS) pour une grande partie de l'aide sociale. Le pouvoir de régulation/décision sur le RSPF est donc réparti entre plusieurs administrations relevant de deux ministres, l'un en charge de la santé, de la prévention et de la protection sociale, l'autre en charge de famille et des solidarités.

1 LE NOMBRE D'AFFILIES RSPF A NETTEMENT FLECHI DEPUIS 2014 EN RAISON DE LA REPRISE ECONOMIQUE MAIS SURTOUT DE MESURES DE GESTION STRUCTURELLES

1.1 Les conditions d'admission au RSPF ont évolué et les engagements pris par le Pays ont été tenus

Les conditions d'admission au RSPF ont été revues par la loi du pays n°2015-3 modifiée⁹² du 25 février 2015, et précisés par l'arrêté d'application de cette loi et l'arrêté n°2106 CM modifié du 23 décembre 2015.

⁹² par la loi LP n° 2016- 37 du 1er décembre 2016 avec date d'effet au 2 décembre 2016.

Trois conditions sont nécessaires pour bénéficier du régime de solidarité :

- séjourner depuis plus de six mois en Polynésie française de manière ininterrompue ;
- avoir des ressources inférieures aux plafonds fixés en fonction de la composition du ménage. Les seuils actuels sont de 87 346 FCP/mois soit 730 € pour les personnes seules, ou 97 346 FCP/mois soit 813 € pour les ménages avec ou sans enfants à charge ou pour les personnes seules avec enfants à charge). Le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) est de 152 914 FCP / mois, soit 1 278 €, depuis 2014 ;
- ne pas être susceptible de relever d'un autre régime de protection sociale.

Les formalités d'admission au régime ont été modifiées en 2015 (articles 6 à 12 de l'arrêté d'application de la LP n° 2015-3 du 25 février 2015). Après que le guichet de réception ait attesté de la véracité des renseignements communiqués, le dossier complet est transmis dans un délai de 8 jours calendaires au centre de gestion (depuis 2018 à la CPS) qui procède, si les conditions lui paraissent remplies, à l'admission provisoire au régime à la date de l'attestation du dépôt. L'attestation de dépôt, délivré par les communes pour tout dossier complet, ne procure plus de droit à l'admission.

Les demandes d'admission s'appuient sur la fourniture de pièces justificatives de résidence (bail, quittance), de revenu (relevés bancaires), et de la composition du foyer (livret de famille, acte de naissance). Lorsque la précarité des situations le justifie, la procédure prévoit des déclarations sur l'honneur en lieu et place des documents officiels.

Le traitement des demandes et des renouvellements, auparavant réalisé conjointement par les autorités municipales, la direction des affaires sociales et la CPS, a été simplifié avec la création au 1^{er} avril 2018 d'un guichet unique à la CPS (Loi de Pays n°2018-13 du 29 mars 2018). En 2018 on comptait 11 942 demandes d'admission et 26 153 demandes de renouvellement au RSPF.

L'admission au RSPF doit être renouvelée annuellement au plus tard le dernier jour du mois anniversaire du demandeur⁹³. Les droits sont suspendus jusqu'à régularisation du dossier sous 3 mois. Passé ce délai, l'assuré est radié.

En 2016 une procédure d'affiliation d'office au régime des non-salariés a été mise en place pour les personnes dont l'admission ou le renouvellement au RSPF étaient refusés, ou qui n'avait pas effectué le renouvellement (Loi de Pays n°2016-37 du 01/12/2016 et de l'arrêté n° 2038 CM du 09/12/2016 modificative). L'absence de régularisation dans les délais impartis implique la radiation du RSPF et l'affiliation d'office au régime des non-salariés RNS pour lequel la cotisation de base est alors appelée. Cette procédure a concerné 1 534 affiliés en 2016, année de sa mise en place, puis s'est stabilisée en 2017 à 2018 à respectivement 347 et 385 affiliés.

Après trois ans de baisse les contrôles ont été renforcés en 2017 et ont retrouvé leur niveau de 2014 : 1043 en 2017 contre 390 en 2016. Le rendement de ces contrôles reste néanmoins extrêmement faible : le RSPF est le plus contrôlé des régimes en volume, mais les montants recouverts sont quasiment nuls. Le taux de refus, stable en 2017, s'établissait à 7,3 % pour les admissions et 1,2 % pour les renouvellements.

⁹³ Les bénéficiaires de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA), de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), les enfants mineurs et les jeunes majeurs ayant fait l'objet d'une admission d'office sont renouvelés de plein droit au RSPF.

Encadré 1 : Etude des procédures d'admission au RSPF lors des déplacements sur site

<p>Mairie de Fakarava (Tuamotu)</p> <p>Outre la preuve d'identité, le livret de famille, un justificatif de domicile et les éléments relatifs au logement (bail relevé d'impôt foncier, certificat d'hébergement), la déclaration et le contrôle des ressources constituent les éléments principaux du dossier. En l'absence d'impôt sur le revenu, on se base sur les trois derniers relevés bancaires du demandeur et de son éventuel partenaire (la CPS a un droit d'accès, et peut donc contrôler l'existence de comptes non déclarés), et sur une grille de la CPS pour l'évaluation des avantages en nature (nourriture et hébergement gratuits essentiellement).</p> <p>Le dossier est rempli en ligne à la mairie (mais la connexion Wifi ne fonctionne pas toujours, il faut alors faire revenir le demandeur). Mais il y a toujours besoin d'un dossier papier impérativement rempli par le demandeur (ce qui peut poser problème en cas d'illettrisme) et signé par lui, dossier qui est adressé à la CPS.</p> <p>La décision d'admission est accessible en ligne depuis la mairie, mais uniquement sur requête. Le demandeur est avisé par courrier.</p>
<p>Mairie et bureau centralisateur de la CPS de Taiohe (Marquises)</p> <p>L'enregistrement des admissions est réalisé par un agent de la commune au bureau centralisateur de Taiohe sur un applicatif conçu et géré par la CPS. Les dossiers de renouvellement sont traités par l'antenne de la CPS du même bourg.</p> <p>L'enregistrement des dossiers d'admission et de renouvellement se fait sur un logiciel moderne disposant de contrôles embarqués relevant les anomalies et signalant les alertes (expiration des droits par exemple).</p> <p>Les agents des communes ou de la CPS ont une très bonne connaissance de la population. Les vérifications de pièces sont effectives.</p>

1.2 Le nombre d'affiliés au RSPF a baissé de 13 % depuis 2014 principalement en raison d'un transfert, en 2016, vers les deux autres régimes

Régime à vocation résiduelle, les effectifs du RSPF se sont en réalité fortement accrus de 53 % entre 2006 et 2013 sous l'effet de la crise. 25 794 nouveaux bénéficiaires ont été enregistrés sur la période, alors que la population couverte par la PSG ne progressait que de 6,5 %.

Depuis 2014, la tendance s'est inversée et le nombre de bénéficiaires du RSPF a baissé de 13 % sur la période 2014-2018. Au 31 août 2018 on comptait 62 220 bénéficiaires et ayants-droits, comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 1 : Nombre d'assurés aux différents régimes de protection sociale

	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (*)
TOTAL tous régimes (dont sécurité sociale)	267 521	270 021	270 829	268 140	269 652	271 498
Bénéficiaires RSPF	74 552	71 825	73 074	58 265	60 687	62 220
% des assurés	27,9 %	26,6 %	27,0 %	21,7 %	22,5 %	22,9 %

(*) à fin août pour la population d'assurés et fin septembre pour la population moyenne

Source : CPS, Pays

Cette baisse s'inscrit dans un contexte tendanciel de diminution du nombre d'assurés en Polynésie, le taux de couverture de la population ayant décliné de 99,4 % en 2014 à 97,7 % en 2017. Il remonte légèrement en 2018 (98,0 %) (voir détails en Annexe 2). Elle s'explique également par la reprise

conjoncturelle des emplois salariés⁹⁴. 2647 emplois salariés mensuels ont ainsi été créés entre 2014 et 2017, dont plus de 50 % concerne une population d'affiliés RSPF.

Toutefois, l'essentiel de la réduction d'effectifs résulte de l'entrée en vigueur, en 2016, de mesures structurelles qui ont modifié profondément la répartition des assurés entre les différents régimes. Le nombre de bénéficiaires du RSPF a diminué très significativement cette année-là de 14 809 assurés soit 20 % de l'effectif 2015, sous l'effet de :

- la mise en place des dispositifs d'aide à l'emploi notamment des Contrats d'Accès à l'Emploi (CAE) destinés à certains bénéficiaires du RSPF⁹⁵, qui a transféré les affiliés correspondant vers le régime des salariés. La durée déterminée des contrats, qui ne peuvent excéder deux ans, conduira aux retours des assurés qui n'ont pu trouver d'emploi salarié à l'issue de leur CAE. On peut noter que taux d'insertion dans la poursuite d'une activité des CAE, qui avoisinerait 25 % d'après le Pays, ne sera pas suffisant pour inscrire durablement cette baisse du nombre d'assurés.
- L'inscription d'office au RNS des refus d'admission et de renouvellement au RSPF, entrée en vigueur en 2016, a conduit à un brusque et important transfert d'assurés vers le RNS (environ 8 000 soit près de 10 % des allocataires RSPF, et 54 % des effectifs du RNS).

1.3 Les affiliés RSPF sont majoritairement jeunes, surreprésentés dans les archipels éloignés, et leur ancienneté dans le régime s'accroît

La répartition des bénéficiaires par tranche d'âge se caractérise par une représentation très marquée des 20-29 ans, qui transitent souvent par le RSPF avant de stabiliser leur situation professionnelle et de relever d'un des deux autres régimes.

Tableau 2 : Nombre de bénéficiaires RSPF par tranche d'âge (août 2018)

	Bénéficiaires	% des assurés PSG
<20 ans	20 784	25 %
20-29	15 391	42 %
30-39	10 658	26 %
40-49	8 182	22 %
50-59	5 242	16 %
>60 ans	1 963	5 %
Total	62 220	23 %

Source : CPS

La proportion des ouvrant-droits au RSPF ayant plus de 5 années d'ancienneté au sein du régime est très importante (63 % soit 21 583 personnes), confirmant une précarité durable des familles. En comparaison les personnes inscrites depuis moins de deux ans ne représentaient que 16 %.

Près de la moitié (45 %) des ouvrant-droits de 20-29ans sont affiliés depuis plus de 5 ans. Ce phénomène, préoccupant pour une population si jeune, est en hausse depuis 2014 (41 %). Il témoigne d'un changement de paradigme du RSPF qui joue de moins en moins le rôle d'un régime

⁹⁴ 60.618 emplois salariés en moyenne mensuelle en 2014 contre 63.265 emplois salariés en moyenne mensuelle en 2017 (source Pays).

⁹⁵ il faut également être sans emploi depuis deux mois, ou avoir été victime d'un licenciement économique, et avoir de 18 à 60 ans.

transitoire avant d'entrer sur le marché du travail, mais désormais un rempart contre la précarité durable. Cette tendance est également constatée chez les 30-39ans et les 40-49ans dont la proportion des inscrits depuis plus de 5 ans est respectivement de 81 % et 79 %.

La répartition des affiliés au RSPF présente un clivage géographique important. La vaste majorité des affiliés au RSPF (75 %) sont concentrés dans les îles du vent en raison du poids démographique de Tahiti. Cependant, en comparaison des autres régimes, les affiliés RSPF sont proportionnellement surreprésentés dans le reste de l'archipel où l'activité économique déclarée est moins développée et où l'autoconsommation joue encore un rôle important (cf. annexe 1). Dans les archipels éloignés, plus d'un tiers des assurés sont affiliés au RSPF comme l'illustre le tableau suivant :

Tableau 3 : Nombre de bénéficiaires RSPF par archipel (août 2018)

	Bénéficiaires	% assurés PSG
Iles du vent	41 087	20 %
Iles sous le vent	10 419	30 %
Tuamotu Gambier	5 462	37 %
Marquises	3 002	34 %
Australes	2 125	35 %
Autres	125	3 %
Total	62 220	23 %

Source : CPS

Les déplacements sur site ont été l'occasion de constater que la proportion d'affiliés au RSPF peut atteindre des taux très importants dans les îles les plus éloignées : près de 50 % de la population dans plusieurs îles des Marquises (Ua Huka, Fatu Hiva ou Tahuata), ou environ 70 % à Fakarava selon les autorités locales.

2 LE RSPF A RETROUVE SON EQUILIBRE FINANCIER MAIS SES RESSOURCES LIEES AU FELP DOIVENT ETRE SANCTUARISEES

Le RSPF est globalement excédentaire sur la période 2014-2017.

Tableau 4 : Résultats du RSPF (MF CFP)

	2014	2015	2016	2017	2018 (*)
Produits d'exploitation	27 105	25 842	25 536	30 119	27 664
Contribution de l'Etat (*)		1 432			1 432
Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP)	26 879	24 231	24 990	29 850	26 232
Contribution Territoriale de solidarité (CST)	-15	-115	-154	-116	n.a.
Ensemble taxes affectées	2	15	1	0	n.a.
Autres produits	240	279	699	385	n.a.
Charges d'exploitation	25 239	26 093	26 373	26 143	27 189
Famille	2 525	2 228	2 226	2 056	2 052
Maladie	11 536	12 806	12 762	12 468	12 671
Allocations pers. Agées	3 928	3 854	3 898	3 850	4 062
FAS	1 229	1 154	1 559	1 709	1 976
Subventions diverses	1 414	1 515	1 421	1 436	
Allocations handicapés	3 200	3 324	3 390	3 460	5 401
versement RPSMR	222	179	208	180	
Autres charges	1 184	1 034	910	985	1 027
Résultat de l'exercice	1 867	-251	-837	3 975	475
Budget initial	- 4 854	- 3 076	-2 803	312	n.a.

(*)La contribution de l'Etat de 12 M€/an (1 432 MF CFP) est intégrée dans le FELP. Pour les années 2015 et 2018 elle est également inscrite comme participation distincte. Selon le Pays il ne s'agit pas d'une double comptabilisation mais d'un affichage de la participation de l'Etat au FELP.

(**) pour l'année 2018, données d'atterrissage disponibles à fin novembre

Source : Reconstitution mission d'après données CPS. Pour 2018, données atterrissage au 15/11/18

2.1 Le niveau de dépenses s'est maintenu malgré la baisse du nombre d'affiliés

En 2017, les dépenses du RSPF se sont élevées à 26 143 MCFP (218,5 M€), en hausse annuelle moyenne de 1,2 % depuis 2014. Cette augmentation est moindre que les dépenses de la PSG qui ont cru, sur la même période, de 1,5 % par an.

Cette faible hausse des dépenses interroge toutefois lorsqu'on la rapproche de la baisse importante de 17 % du nombre d'affiliés au RSPF. Cette contradiction s'explique par le fait qu'un nombre important des affiliés transférés vers les deux autres régimes n'étaient donc pas bénéficiaires de prestations. Ainsi le nombre de bénéficiaires de prestations n'a baissé que de 7 % sur la période (risques maladie et famille), voire a augmenté pour les allocations aux personnes handicapées. L'amplitude de la baisse des affiliés ne s'est donc pas intégralement répercutée sur le volume d'allocations servi, et donc sur les dépenses, ce qu'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 5 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'allocations (2015-2017)

	2015	2016	2017	Evolution
Allocations familiales	25 400	24 129	23 637	-6,9 %
Soins	69 367	66 520	63 994	-7,7 %
Evasan inter-iles	9 144	9 242	9 230	0,9 %
ASPA (pensionnés)	1 704	1 658	1 668	-2,1 %
Adultes handicapés	4 262	4 326	4 587	7,6 %
Total des affiliés	73 074	58 265	60 687	-17,0 %

Source : CPS

Les dépenses par branche montrent des évolutions contrastées. On note une augmentation sur le FAS (+ 500 MF CFP soit +4,2 M€) et sur la maladie (+ 900 MF CFP soit +7,5 M€), mais une diminution sur le risque famille (-500 MF CFP soit -4,2 M€) :

- les dépenses sur le risque maladie sont prépondérantes. Elles s'élèvent à 47 % des dépenses totales en 2017, en hausse annuelle moyenne de 2,6 % depuis 2014. Si l'on écarte la hausse importante de 2015, le niveau est stable de dépenses depuis 2016, l'effet volume lié à la baisse du nombre de bénéficiaires (-7,7 %) compensant l'effet prix. Par ailleurs, la population du RSPF est proportionnellement plus jeune que la population moyenne, et a naturellement moins recours aux soins. La dépense moyenne maladie par bénéficiaire, de 194 830 CFP (1 629 €) en 2017, est inférieure à celle du RGS qui s'élève à 235 170 CFP (1 927 €) ;
- Les prestations vieillesse du régime sont limitées au versement d'un minimum et ne concernent que 1 668 bénéficiaires en 2017. Elles représentent 15 % des dépenses totales, contre environ 45 % pour le RGS. Leur niveau a légèrement baissé sur la période (-2 %) ;
- Le RSPF est un régime qui alloue une part proportionnellement plus importante de ses dépenses à un objet social. Le troisième poste de dépenses concerne l'allocation personnes handicapées (13 %), qui suit une dynamique (+2,6 % p.a. depuis 2014) directement liée à l'augmentation du nombre de bénéficiaires, en hausse de 7,6 % depuis 2015 à 4 587 ;

2.2 Les recettes du RSPF proviennent exclusivement du FELP et sont décidées annuellement par la loi de budget du Pays

La structure des recettes du régime a été profondément modifiée avec la réforme budgétaire entrée en vigueur le 1^{er} août 2014. Le RSPF est désormais financé par un compte d'affectation spéciale dénommé « Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté » FELP. En plus du RSPF, le FELP finance des actions pour l'emploi et l'insertion professionnelle, dont le contrat d'accès à l'emploi (CAE).

Les produits fiscaux auparavant affectés à la CPS pour le compte du RSPF, et la subvention directe du budget général, transitent désormais par le FELP. Les versements du Fonds au profit du régime de solidarité sont décidés annuellement au moment du vote du budget du Pays.

En 2017, les recettes du FELP se sont élevées à 34 583 MF CFP (289 M€) dont 29 580 MF CFP (247 M€) ont été reversés au RSPF.

Tableau 6 : Recettes du FELP en 2017 (CFP)

	2014	2015	2016	2017
TOTAL FELP	30 518	29 082	30 020	34 583
Droits de consommation autres produits	1 293	1 231	1 261	1 219
Droits de consommation tabacs	2 912	4 755	4 769	5 392
Taxe de consommation pour la prévention	0	0	0	426
Taxe de solidarité sur alcools et tabacs	1 606	730	779	777
Taxe de solidarité personnes âgées et handicapées	994	1 012	1 026	1 050
produits du crû	518	537	568	590
production de boissons alcoolisées	1 233	1 288	1 321	1 398
contribution supp. Impôt sur les bénéfices	1 838	1 381	1 156	0
impôt forfaitaire des TPE	12	15	16	18
CST	12 896	12 695	14 072	15 594
Participation Etat	0	1 432	1 074	1 790
Produits exceptionnels	7 217	4 007	3 977	6 329

Source : CPS

Les recettes du FELP sont assises sur les salaires et la consommation. La fiscalité affectée est représentée en premier lieu par la contribution de solidarité territoriale (CST), pour 16 MdF CFP, qui est très majoritairement prélevée sur les salariés (80 %), les autres revenus (non-salariés, fonciers, revenus de capitaux mobiliers.) étant très faiblement impactés par cette contribution. Les autres taxes affectées correspondent à divers droits et taxes provenant du consommateur.

Une part importante des recettes du FELP - jusqu'à 25 % en 2014 - provient des 'Produits exceptionnels'. Il s'agit essentiellement de recours contre tiers et d'indus (compte 77411000) mais la mission n'a pu expliquer la variabilité d'une année sur l'autre et le niveau important des montants affectés à ce compte.

Le financement public du FELP provient de l'Etat au titre de la convention 2015-2017 et s'élève annuellement à 1 432 M FCP (12 M€). Il a été affecté au FELP en 2016 et 2017. En 2015, la Participation de l'Etat a été comptabilisée deux fois, dans le FELP et dans les recettes du RSPF.

Au démarrage du fonds le décalage comptable entre le RSPF et le FELP avait engendré des difficultés de trésorerie. Elles ont été résolues par l'alignement comptable en 2016 des recettes constatées par le RSPF et des dépenses enregistrées par le FELP.

2.3 Le régime est excédentaire mais l'arrêt de la participation de l'Etat imposera des arbitrages sur le FELP

L'équilibre du RSPF dépend exclusivement du bon dimensionnement du FELP par la loi de budget. Avec des dépenses relativement stables sur la période 2014-2018, le résultat du RSPF a surtout traduit les variations des recettes provenant du FELP.

En 2015 et 2016, le régime a été déficitaire de 251 MF CFP (2,1 M€) et 837 MF CFP (7,0 M€), soit respectivement 1,0 % et 3,3 % de ses produits. En 2017, la forte augmentation de la contribution du FELP (+ 5 MdF FCP) a permis de dégager un excédent de 3 975 MF CFP (33,3 M€) et d'effacer les

déficits cumulés antérieurs⁹⁶ et de repositionner les capitaux propres du RSPF à un niveau positif de 1 280 MF CFP (10,7 M€). Les données d'atterrissage sur 2018 montrent un excédent de 475 MF CFP (4,0 M€).

Sur la période de la convention - prolongée jusqu'en 2018 - le résultat cumulé du RSPF se monte donc à 3 362 MF CFP (28,1 M€). Sans la participation de l'Etat, le régime aurait été déficitaire de 2 366 MF CFP (19,8 M€), soit en moyenne 592 MF CFP (5,0 M€) annuels.

A situation économique constante, le niveau de dépenses du RSPF devrait peu évoluer dans les années à venir sur les risques maladie et vieillesse, le régime disposant d'une population majoritairement jeune. Un potentiel de dépenses supplémentaires existent sur les risques sociaux de la pauvreté, de la dépendance et de la famille, dont de nombreux bénéficiaires n'ont pas encore été identifiés – voir annexe correspondante.

Sans renouvellement de la participation de l'Etat au financement du RSPF, des arbitrages budgétaires seront nécessaires au sein du FELP pour assurer l'équilibre du régime dans les années à venir.

Encadré 2 : Encadré : Budget 2019 du RSPF

Le budget 2019 adopté par le comité de gestion du RSPF est à l'équilibre avec 28,548 MdF CFP de produits, soit 238,4 M€ (28,546 MdF CFP en charges).

Le projet de budget, dont les détails n'étaient pas disponibles, appelle deux commentaires :

- il prévoit un renouvellement de la participation de l'Etat de 12 M€ alors que la convention de financement du RSPF a expiré au 31 décembre 2018 ;

- la hausse de 3,2 % par rapport aux données d'atterrissage 2018 s'explique par l'intégration prévue des CAE, actuellement ressortissant du RGS, au régime de solidarité. Le dispositif a connu depuis son origine en 2014 un déficit immédiat et croissant, qui se cumulait au 3 août 2018 à 2,37 MdF CFP (19,8 M€ soit près de 650 MF CFP (5,4 M€) annuellement. Une loi du Pays visant l'affiliation des bénéficiaires du CAE, de la CAE et de la CAE PRO au RSPF a fait l'objet d'une présentation en Conseil des Ministres et d'une saisine du Conseil économique, social et culturel le 9 janvier 2019 selon la procédure d'urgence. La mise en application du transfert est envisagée pour début mars 2019.

⁹⁶ Le montant du FELP a été abondé par décision modificative à hauteur de 1632,8MF CFP (13,7 M€) « pour l'apurement du déficit cumulé du régime »

ANNEXE 4

LA CONVENTION DE FINANCEMENT 2015-2018

La présente annexe recense les mesures prévues à la convention Etat – Pays 2015-2017, prolongée sur 2018, ainsi que leur degré d'achèvement en fonction des informations communiquées par les services de l'Etat et la collectivité de Polynésie.

1 LE CONTEXTE DANS LEQUEL LA CONVENTION DE 2015 A ETE MISE AU POINT EST DIFFERENT DE CELUI QUI PREVAUT ACTUELLEMENT

1.1 Elle est intervenue après une interruption de plusieurs années dans une situation particulièrement difficile

La loi n° 94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique social et culturel de la Polynésie française définissait pour une durée de 10 ans le dispositif de soutien de l'Etat pour assurer la mutation de l'économie polynésienne afin d'atteindre plusieurs objectifs parmi lesquels figurait « *l'amélioration de la protection sociale et sanitaire de la population du territoire en lui assurant une couverture sociale distinguant les régimes d'assurance et le régime de solidarité et en renforçant la prévention et les équipements sanitaires* ». Son article 3 prévoyait que l'Etat apporterait une assistance technique « *à la rénovation du système de santé et du régime de protection sociale du territoire* ».

La loi énonçait que l'Etat apportait 400 MF CFP (60,0 M€) « *au régime de protection sociale de solidarité que le territoire s'engageait à mettre en place* » mais aussi 27 MF CFP (4,1 M€) pour contribuer à des actions de santé publique sur la période 1994-1998⁹⁷.

Deux conventions de cinq ans étaient signées. Elles donnaient lieu chacune à une évaluation réalisée par l'IGAS⁹⁸ qui toutes deux préconisaient le renouvellement du dispositif conventionnel.

Celle de 1998 relevait qu'une protection sociale généralisée avait été mise en place au 1^{er} janvier 1995 par la création aux côtés du régime d'assurance des salariés (RGS) d'un régime d'assurance des non-salariés (RNS) et d'un régime de solidarité territorial (RST). Elle proposait le renouvellement de la convention tout en demandant que le Territoire parvienne à contenir l'évolution des dépenses sociales et à ne pas étendre indéfiniment le champ des dépenses supportées par le RST. S'agissant des actions de santé publique cofinancées par l'Etat dans le cadre de contrats d'objectifs l'IGAS constatait leur efficacité et proposait qu'elles soient développées mais mieux évaluées.

⁹⁷ La loi fixait les aides financières pour une première période de cinq ans.

⁹⁸ Rapports IGAS de juillet 1998 et de janvier 2004.

La convention signée le 24 novembre 1999 pour cinq années (1999-2003) accordait une dotation annuelle de 195 MF CFP (29,7 M€ par an) au régime de solidarité territorial, une dotation déconcentrée annuelle de 9 MF CFP (1,4 M€) pour le financement de contrats d'objectifs en santé publique ainsi qu'une dotation annuelle déconcentrée de 17,5 MF CFP (2,7M€) pour financer des actions de formation initiale et continue des personnels sanitaires et sociaux.

L'IGAS dans son évaluation soulignait « l'évolution d'ensemble positive et les véritables progrès réalisés par la Polynésie » et constatait « le réel effet d'entraînement produit par la convention ». Elle proposait le maintien de l'aide financière au RST qui représentait en 2003 près de 20 % de son coût total⁹⁹ et la poursuite des contrats d'objectifs en santé publique.

Les négociations sur le renouvellement échouaient et des conventions annuelles étaient signées en 2004, 2005, 2006 et 2007 au profit du RSPF respectivement pour 21,8 M€, 19, 8 M€, 22,0 M€ et 16,0 M€.

La période 2008-2014 pendant laquelle le versement d'une subvention de l'Etat au RSPF a été interrompu a été marquée par une crise économique profonde¹⁰⁰, une forte diminution de l'emploi salarié et par une fragilisation des finances sociales et fiscales du Pays ensemble dans un contexte de très grande instabilité politique.

La crise financière¹⁰¹ que traversait la Polynésie justifiait une mission d'ampleur des inspections¹⁰² pour dégager des marges de manœuvre dans tous les champs possibles : budgétaire, celui des interventions économiques du pays et de ses opérateurs comme celui de la PSG.

La mission recommandait de réduire drastiquement les dépenses de fonctionnement du Pays, de limiter son intervention dans l'économie, d'engager progressivement des réformes fiscales. S'agissant de la PSG dont la « *situation financière était alarmante* », elle observait une dégradation des résultats du RGS en raison du « *décrochage des cotisations maladie* » alors que le RNS et le RSPF étaient à l'équilibre. Elle proposait une action vigoureuse sur les dépenses et les recettes de la PSG notamment par le déplafonnement des cotisations du RGS et du RNS, l'augmentation de la progressivité des prélèvements sociaux et la création d'une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Etat.

Le nouveau gouvernement de la Polynésie installé le 6 mai 2013 demandait à nouveau notamment par la voix du député Fritch¹⁰³ l'accompagnement de l'Etat dans le domaine de la solidarité et de la santé et l'envoi d'une mission d'inspection.

La lettre de mission du 8 octobre 2013 sollicitait des recommandations dans trois domaines : le retour à l'équilibre du CHPF et de la branche maladie ; l'évolution de la gouvernance du système de santé ; et l'optimisation de l'offre de soins. Elle ne mentionnait pas la perspective d'une nouvelle convention.

⁹⁹ 20,3 % en 2003 contre 25,2 % en 1999.

¹⁰⁰ Baisse du PIB de 4,2 % en 2009, de 2,5 % en 2010, de 3 % en 2011, de 0,9 % en 2012

¹⁰¹ Mise sous surveillance de la Collectivité par l'agence Standard and Poor's

¹⁰² Rapport Igas,Igf et Iga de septembre 2010 956 pages

¹⁰³ Question au gouvernement n° 1083 du 24 juillet 2013

Le rapport des inspections¹⁰⁴ intitulé « *le financement du régime de solidarité de la Polynésie française et des politiques de santé* » était déposé en juin 2014. Classé « confidentiel » il ne fut communiqué que tardivement au gouvernement de Polynésie alors qu'il l'avait demandé et que circulait¹⁰⁵ par ailleurs une note de la mission complémentaire au rapport qui au total ne recommandait pas la signature d'une nouvelle convention. Cette note relevait que le déficit du RSPF était largement artificiel et que des marges de manœuvre très importantes, en particulier fiscales, pouvaient être mobilisées. Elle réservait cependant la possibilité d'accorder une subvention de l'Etat au RSPF mais celle-ci devrait être « *assortie de modalités et contreparties strictes et rigoureuses* ».

C'est manifestement ce qui a prévalu dans la conception de la convention signée entre l'Etat et le Pays le 16 avril 2015 près d'un an après la remise du rapport des inspections.

1.2 Le contenu très détaillé d'une convention essentiellement financière

1.2.1 L'objet de la convention est le financement du RSPF à hauteur de 12 M€ par an

La signature de la nouvelle convention est d'abord marquée par une grande solennité qui témoigne de la reprise d'un dialogue normal entre la métropole et le Pays. Elle est revêtue de la signature du premier ministre, du ministre des affaires sociales et du ministre de l'outre-mer à la différence de celle de 1999 signée du seul ministre de l'outre-mer et du haut-commissaire.

Sa durée est limitée à trois années contrairement aux deux conventions antérieures signées pour cinq années. Elle a été prorogée pour une année par avenant signé le 15 avril 2018.

Alors que l'objet de cette convention, comme l'indique son titre, est d'attribuer « une dotation annuelle de 12 millions d'euros sur l'exercice triennal 2015, 2016 et 2017 destinée au régime de solidarité territorial de la Polynésie française (RSPF) » elle embrasse un champ beaucoup plus large : Elle comprend deux autres engagements de l'Etat et des engagements du Pays portant sur des réformes structurelles comprenant 12 mesures à étudier, finaliser et/ou mettre en œuvre.

Les modalités de mise en œuvre sont essentiellement inspirées des 66 propositions formulées par la mission inter inspection de 2014, et détaillées dans une annexe. Celle-ci définit pour chacune des mesures l'objectif poursuivi, les modalités de mise en œuvre, l'efficience budgétaire estimée pour chacune d'entre elles¹⁰⁶ ainsi que le calendrier prévisionnel qui distingue l'étude de la mise en œuvre proprement dite de chacune des modalités.

Le montant des apports financiers au titre de la convention s'élève au total à 54 M€ (4x12 + 6). Il intègre les quatre annuités de 12 M€ (avec la prorogation de 2018) et l'effacement de la dette contractée par la CPS à l'égard de l'APHP, arrêtée au 31 décembre 2014, soit environ 6 M€ supplémentaire. Par ailleurs, l'Etat s'est engagé à légiférer afin d'aligner le tarif de soins appliqué aux assurés sociaux de Polynésie française hospitalisés dans des établissements de santé métropolitains sur le tarif appliqué aux assurés métropolitains¹⁰⁷.

¹⁰⁴ Rapport Igas, Igf et Iga de juin 2014

¹⁰⁵ Lettre du président de la Polynésie du 19 juillet 2014

¹⁰⁶ 11 mesures sont notées NE, non estimées.

¹⁰⁸ La moitié du versement du second trimestre 2016, soit 3M€ a été toutefois reporté au premier trimestre 2017.

1.2.2 Les engagements demandés en contrepartie à la collectivité forment un ensemble disparate et étendu de réformes allant bien au-delà du RSPF

La convention présente un ensemble de 12 engagements pris par le Pays en contrepartie des trois engagements de l'Etat sur le financement du RSPF et de la PSG. L'orientation générale de cette convention est d'abord de contribuer au redressement des comptes sociaux de la Polynésie française marquée par la crise économique, financière et sociale qu'elle traversait encore. Le prévisionnel de dépenses à 3 ans tablait sur une croissance annuelle des dépenses de 4,9 %, et un déficit de 11 Mds F CFP par an à l'horizon 2017. L'essentiel des mesures concerne donc des réformes structurelles permettant de diminuer sensiblement le niveau des dépenses et d'équilibrer le régime de protection sociale.

Paradoxalement, cette convention soulignait également « *les surcoûts structurels liés aux évacuations sanitaires et à un profil épidémiologique particulier des maladies chroniques* » évalués à plus de 5,5 Mds F CFP (46 M€) par an mais reportait explicitement à plus tard les moyens de les prendre en compte.

Enfin, seule une mesure concerne directement le RSPF, objet du financement. Les autres intéressent notamment l'organisation du système sanitaire (schéma d'organisation sanitaire, pôle de santé privé, organisation de la direction de la santé...), les recettes des régimes, le mode de rémunération des professionnels de santé publics ou libéraux, le médicament, le mode financement des établissements de soins, la productivité de la caisse de protection sociale. Au contraire des deux premières conventions ne figurent pas d'actions ou d'instruments (à l'exception de la télémédecine) propres à développer des actions en santé publique ou en formation.

Les 12 engagements pris par le pays sont ensuite déclinés dans l'Annexe en 34 mesures ou modalités de mise en œuvre. Ces mesures et leur chiffrage sont repris du rapport des inspections que celles-ci avaient présentées comme une « boîte à outils ».

La mission observe cependant que n'ont pas été retenues dans la convention environ la moitié des mesures préconisées par le rapport et notamment des mesures ambitieuses telles que pour l'augmentation des recettes l'élargissement du ticket modérateur ou la création d'un forfait hospitalier, l'affiliation des fonctionnaires d'Etat au RGS, ou pour l'organisation sanitaire la suppression des hôpitaux périphériques au taux d'occupation faible, l'annualisation du temps de travail pour les personnels des hôpitaux ou l'attribution de davantage d'autonomie au directeur du CHPF...

Tableau 7 : Listes des préconisations de la mission inter inspection 2014 non prises en compte dans la convention

1. Propositions portant sur le système de santé

1.1 Recettes nouvelles pour financer le système de santé de façon plus efficace et plus juste

2	Déplafonner totalement les cotisations maladie au RGS et les cotisations au RNS. Le gain théorique, vraisemblablement limité, ne peut être estimé en l'absence de données sur les assiettes concernées.
5	Affilier les fonctionnaires de l'Etat au RGS. Gain estimé pour le RGS : 4 042 millions F CFP pour le RGS (hors personnels militaires) ; coût supplémentaire pour l'Etat employeur : 3 161 millions F CFP ; pour les agents : 1 636 millions F CFP ; pour les pensionnés : 414 millions F CFP.

1.2 La participation des ménages au financement des dépenses de santé doit être accrue, tout en garantissant l'accès aux soins pour les plus démunis

7	Créer un forfait hospitalier à hauteur de 1 000 F CFP par jour d'hospitalisation avec un plafond de six jours pour les ressortissants du RGS et du RNS, en prévoyant des exonérations pour certaines catégories de patients. Economie estimée : 89,4 millions F CFP par an, en tenant compte de l'exonération des ressortissants du RSPF, mais hors exonération éventuelle de certaines catégories de patients.
8	Instaurer une franchise de 100 F CFP par an par consultation médicale, acte paramédical, évacuation sanitaire inter-îles et de 50 F CFP par boîte de médicaments. Economie estimée : 1 132 F CFP par an hors plafonnement et exonération des ressortissants RSPF. Le plafonnement et l'exonération des ressortissants du RSPF devraient réduire ce gain de moitié, soit 566 millions F CFP par an.
9	Diminuer le taux des indemnités journalières à 70 % du salaire net. Economie estimée : 560 millions F CFP selon la CPS.

1.3 Les professions de santé doivent participer à l'effort de redressement des comptes de la santé

13	Fermer l'école des sages-femmes. Cette fermeture devrait être assortie d'un gel des installations jusqu'à ce que le nombre de sages-femmes corresponde aux besoins. Economie estimée : la fermeture de l'école permettrait d'économiser 35 millions F CFP. Le gain financier associé au gel des installations ne peut être précisément estimé. Ces mesures contribueront à la maîtrise des dépenses de santé.
14	Réduire les marges des grossistes répartiteurs. Economie estimée : 520 millions F CFP par an.
15	Réaliser une étude sur les marges des distributeurs pour valider les possibilités d'une baisse supplémentaire du prix des appareillages. Economie estimée : 190 M F CFP par an.
16	Cesser les avances gratuites de trésorerie aux officines. Economie estimée : le gain était estimé à 300 millions F CFP pour la CPS en 2010.

1.4 Les dépenses hospitalières doivent être maîtrisées

20	Installer des terminaux à carte bancaire dans les établissements de santé, en commençant par ceux qui accueillent des touristes.
23	Supprimer jusqu'à 20 postes de PH au CHPF. Economie estimée : jusqu'à 300 millions F CFP.
24	Supprimer 5 postes de cadres de santé. Economie estimée : 50 millions F CFP
25	Améliorer la productivité du laboratoire du CHPF. Economie estimée : 200 millions F CFP.
26	Faire absorber par le CHPF les activités de biologie de l'Institut Malardé. Economie estimée : 230 millions F CFP.
28	Réduire les capacités des services de pédiatrie, de néonatalogie, de chirurgie gynécologique, de chirurgie ORL et de chirurgie ophtalmologique.
29	Travailler à la réduction des durées moyennes de séjour.
30	Supprimer l'HAD "suite de couche". Economie estimée : 30 millions F CFP.
34	Annualiser le temps de travail des infirmiers et des aides-soignantes. Economie estimée : 60 millions F CFP.
36	Modifier le pilotage et le contrôle des autorisations d'activité de soins. Economie estimée : l'économie ne peut être estimée précisément. La proposition contribuera à maîtriser les dépenses de santé.

1.5 La gouvernance et le pilotage du système de santé doivent être améliorés

40	Se doter rapidement d'un document stratégique exposant les objectifs du système de santé pour une période de cinq ans, notamment à partir des travaux déjà réalisés (plan stratégique sanitaire et médico-social 2013-2023 notamment).
41	Donner plus d'autonomie au directeur général du CHPF.
42	Favoriser un élargissement du recrutement de médecins généralistes à des titulaires de titre de docteur en médecine de pays hors Union européenne.
45	Modifier la délibération n°98-145 APF du 10 septembre 1998 pour permettre le recrutement de praticiens hospitaliers métropolitains par voie de détachement.
46	Transférer tout ou partie des financements des personnels du CEAPF au Pays, au travers d'une augmentation à due concurrence, de la DGA, afin que celui-ci puisse les affecter à des chantiers prioritaires et en assumer la gestion de façon autonome.

47	Recenser sans délai les textes régissant la santé, les simplifier, les actualiser, voire les supprimer le cas échéant.
48	Renégocier la convention d'entreprise et, dans cette attente, Utiliser toutes les marges de manœuvre possibles pour dégager des gains de productivité.

2. Propositions portant sur le RSPF

2.1 Niveau de dépenses du RSPF

49	Dans l'hypothèse d'une absence durable de couverture du risque chômage, envisager la possibilité de maintenir pour les salariés ayant perdu leur emploi l'affiliation au RGS, pendant une durée d'un an ou plus.
50	Faire procéder à une revue complète des actions des FAS par un consultant extérieur.
51	Intégrer à la délibération du 6 février 1994, et à défaut, à la loi organique statutaire, une obligation d'équilibre par le Pays, de la couverture du risque maladie du RSPF.

2.2 Procédures de contrôle

54	Prévoir sans délai des modules de formation pour les services RSPF des communes.
----	--

2.3 Financement du déficit

60	Dans l'objectif d'un retour à l'équilibre du RSPF : prévoir pour 2014 un complément de subvention à verser au RSPF sur le budget général à partir des marges de manœuvre dégagées par l'augmentation de la fiscalité ; revenir dès 2015, à titre de mesure de sauvegarde, dans l'attente d'une solution définitive, à un financement du RSPF par des taxes affectées.
----	---

2.4 Efforts de solidarité et outils d'intervention du Pays

61	Unifier dans un premier temps et sans délai, le montant des prestations familiales au niveau du montant actuellement versé au RGS (7 000 F CPF). Réfléchir, dans la perspective de la création d'une branche famille, à la mise sous conditions de ressources des prestations familiales.
65	Transférer l'aide sociale aux communes après recentrage des aides sur les besoins vitaux des familles et, dans l'attente d'une réforme de la fiscalité communale, doter celles-ci d'une ressource spécifique, prélevée sur le FIP.
66	Restituer aux secteurs ministériels compétents de la collectivité les actions de politique publique qui les concernent ainsi que les financements correspondants.

Cet édifice complexe mais librement consenti par les deux parties était entouré de garanties : la dotation annuelle de 12 M€ ne devait être versée que sous réserve de la mise en œuvre des engagements prévus après évaluation par un comité de pilotage constitué de représentants du Pays et de l'Etat (pour l'administration centrale DGOM, DSS, DGOS, DB), et co-présidé par le Haut-Commissaire et le Président du Pays. Le comité devait s'assurer de la mise en œuvre des mesures et de l'atteinte des résultats attendus à l'occasion de ses réunions semestrielles.

2 L'EXECUTION DE LA CONVENTION, DEMARREE TARDIVEMENT, PRESENTE NEANMOINS DES AVANCEES

2.1 Les comités de pilotage se sont déroulés dans un climat de confiance limitée autour de la revue des engagements

La mise en œuvre d'une convention d'une telle complexité recelait en elle-même ses propres difficultés d'exécution :

- Alors que ces mesures relevaient pour l'essentiel des compétences exclusives du Pays en matière de santé un tableau de marche daté et chiffré lui était prescrit. Un comité de pilotage des mesures était construit et non un comité de suivi. A une définition commune des objectifs était substituée une volonté de les co-définir jusque dans leurs modalités de mise en œuvre et dans leur cadencement sur les trois années de la convention.
- Alors que celle-ci marquait la reprise du partenariat entre l'Etat et le Pays après une interruption de près de huit ans la menace d'une absence de versement de la dotation au RSPF « *seul amortisseur social de la collectivité* » selon les termes de la convention, était avancée.

Au total, le versement de la dotation annuelle a été assuré¹⁰⁸ et la convention prorogée d'une année.

En effet, chaque année le comité de pilotage de suivi de la convention s'est réuni sur la base d'un document de suivi qui servait de base à ses travaux. Reprenant les 34 mesures de la convention et les engagements de l'Etat il rappelait l'objet de la mesure et son état d'avancement pour l'expression duquel un code couleur était apposé : vert pour avancement normal ; orange pour faire état de difficultés et rouge pour une mesure qui n'avait pas commencé à être mise en œuvre. Ce document conjoint était en fait élaboré par le Pays qui, comme le reconnaît le haut-commissariat, disposait des informations techniques complètes sur les dossiers en cours. Sous cette réserve, ce tableau était bien conjoint pour le Pays et le haut-commissariat qui l'envoyait à Paris après validation par le ministère de la santé polynésien.

Ce travail a engendré la frustration des administrations centrales (DGOM, Directions de la sécurité sociale, de l'organisation des soins et du budget) qui considéraient ne pas disposer de toutes les informations nécessaires et que le calendrier d'exécution des mesures n'était pas tenu et qu'en conséquence la conditionnalité mise au versement de la dotation devait jouer. Elles observaient enfin que malgré leurs réticences la dotation était en définitive versée à temps ce pour quoi les services du haut-commissaire déployaient tous leurs efforts.

Au total il s'est agi d'un exercice assez formel, consommateur d'énergies pour des administrations centrales aux moyens comptés sur ce sujet mais éloignées des contraintes pesant sur le

¹⁰⁸ La moitié du versement du second trimestre 2016, soit 3M€ a été toutefois reporté au premier trimestre 2017.

gouvernement polynésien maître en définitive du calendrier et du contenu des réformes structurelles que la convention a néanmoins désignées.

Recommandation n°1 : Etendre la durée de la convention à cinq ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier et mettre en œuvre des réformes structurelles, et pour produire les éléments d'évaluation.

Recommandation n°2 : Donner aux futurs engagements des objectifs précis et mesurables, ne se limitant pas à des objectifs financiers mais comprenant également des objectifs de santé publique.

Recommandation n°3 : Prévoir des modalités de suivi des engagements respectueuses du principe d'autonomie de la collectivité en matière de santé, qu'il s'agisse de moyens financiers, organisationnels et de rythme de mise en place.

2.2 La mise en œuvre des engagements est partielle, mais des avancées ont été accomplies avec la réforme des retraites et la création de l'ARASS

Les comptes rendus des comités de pilotage et les documents de suivi ont permis de dresser un bilan des engagements tenus par le Pays. Comme indiqué ci-dessus, les constats sont essentiellement déclaratifs. Par ailleurs, le format d'échange utilisé, basé sur des codes couleur, ne fournit qu'une appréciation approximative sur le degré de réalisation. Les modalités d'évaluation auraient mérité d'être mieux précisées et appuyées par des indicateurs de résultats, plus particulièrement sur l'efficacité et l'impact sur l'équilibre de la PSG qui était au cœur de la convention.

Le déplacement effectué par la mission a toutefois permis de préciser le degré de réalisation effective de certaines mesures. Leur efficacité réelle est cependant difficilement évaluable, mais elle peut être globalement appréciée par le contexte général d'amélioration des comptes de la PSG.

Sous ces réserves, le bilan témoigne d'une mise en œuvre partielle par le Pays des 12 engagements de la convention. Quatre sont déclarés réalisés (totalement ou partiellement), quatre sont en cours, et quatre présentent des difficultés d'avancement.

Le maintien d'un contexte économique difficile explique que le Pays ait différé ou écarté des mesures importantes coûteuses, notamment le refus d'augmenter les cotisations du RGS et du RNS qui étaient comptées pour 22,4M€, ou la réforme des retraites.

Le tableau ci-dessous précise les mesures concernées :

Tableau 8 : Etat d'avancement déclaré par le Pays au 12 novembre 2018 des 12 mesures et des 34 modalités de la Convention

	BILAN	DIFFULTE	AVANCE	FAIT
Finaliser l'élaboration du SOS	Partiel	2	7	3
S'assurer de la mise en application rapide de la loi de pays n° 2014-25 LP/APF du 29/07/2014 sur les conditions d'admission au RST et à leur contrôle	Achevé	-	-	8
Engager une réforme de la PSG par les risques vieillesse et maladie.	Difficulté	2	2	-
Utiliser toutes les marges de manœuvre possibles pour dégager des gains de productivité à la CPS, parallèlement aux discussions engagées entre les parties.	En cours	-	1	-
Actualiser et harmoniser les listes des ALD pour tous les régimes.	En cours	-	1	-
Faire de l'abondement du FADES une dépense prioritaire dans le budget de la Polynésie française, dont les modalités de versement seraient prévues par une loi de Pays	Achevé	-	-	1
Mettre en place une fiscalité sur les bénéficiaires des professions jusqu'à présent soumises à l'impôt sur les transactions devant être démantelé	Difficulté	1		

	BILAN	DIFFULTE	AVANCE	FAIT
Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé afin de les faire coïncider avec les enveloppes de dépenses annuelles préalablement définies	En cours		1	
Revoir le mode de fixation des prix des médicaments	Difficulté	1		
Passer le financement du CHPF et des cliniques privées à la tarification à l'activité, sous réserve d'un cadrage de l'enveloppe budgétaire avec unification du coefficient géographique.	Difficulté	2		
Constituer une dotation d'amortissement annuelle du CHPF pour assurer les grosses réparations et le renouvellement des équipements à hauteur d'un montant restant à définir par des études techniques	En cours		1	
Etablir des textes pour réglementer les pratiques conventionnelles de la CPS, et fixer la DGF des établissements de santé, dans l'attente de la mise en œuvre de la mesure T2A	Achevé			1

2.2.1 Les principales réalisations concernant la réforme des retraites et l'ARASS

Quatre mesures ont été déclarées comme achevées, totalement ou partiellement. Le bilan de leur exécution qu'a pu effectuer la mission relève les points suivants :

- Le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021 a été approuvé le 16 février 2016 par délibération n° 2016-12 de l'Assemblée de la Polynésie française. Sa déclinaison effective présente un bilan mitigé.

La mise en œuvre du SOS, qui conditionne la bonne réalisation de nombreuses actions de la convention, s'est essentiellement traduite par l'installation de l'Autorité de régulation de l'action sociale et sanitaire (ARASS), créée par l'arrêté n° 1822/CM du 12 octobre 2017. L'Agence est un service administratif de la Polynésie française qui relève de l'autorité du ministère de la santé. Elle est dirigée par Pierre Frébault, ancien ministre de tutelle en charge de la protection sociale (2005-2006). Les effectifs prévus sont de 22 personnes, transférés de divers services administratifs du ministère de la santé et d'établissements publics.

Ses missions concernent la centralisation et l'analyse des données, la proposition de stratégies publiques et l'adaptation de la réglementation, le contrôle des autorisations et le cadrage budgétaire des dépenses de santé. La mission n'a pu établir de bilan complet des réalisations de l'Agence, celle-ci étant opérationnelle depuis peu, mais uniquement sur certains points. En 2017 l'ARASS a repris le travail de révision de la carte sanitaire initiée par la direction de la santé et a procédé à la délivrance des autorisations correspondantes (par exemple sur les lits de SSR). La définition d'un objectif annuel d'évolution des dépenses doit encore être proposée par l'ARASS. S'agissant des rémunérations des offreurs de soins, l'Agence s'assure du respect de la lettre de cadrage par la CPS mais n'intervient pas dans la définition des dotations allouées aux établissements ou dans la négociation des tarifs des professionnels de santé. Enfin, le projet de pôle unique de santé regroupant les différentes cliniques, avorté suite à l'échec de l'appel d'offres lancé en mai 2017 par la Direction de la santé, n'a pas été repris par l'ARASS à ce jour.

- La réforme des conditions d'admission au régime de solidarité a été entreprise dès 2015 et prévoit notamment la centralisation du traitement des admissions à la CPS et la modification des seuils de revenus (voir Annexe 3 sur le RSPF).
- Les modalités de versement de la contribution du Pays au Fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES) ont été approuvées.

Créé en 2011 le FADES est un compte d'affectation spéciale dédié à l'apurement du déficit de la branche maladie du RGS. Son financement, assuré sur le budget général de la Polynésie française, ne présente aucune garantie sur le montant ou le rythme des versements, ce qui a conduit à des retards comme il a été relevé par la précédente mission inter inspection en 2014.

- Le financement des établissements de soins s'appuie sur une dotation globale de fonctionnement (DGF). Les travaux sur leur mode de calcul, qui repose sur la qualification des PMSI¹⁰⁹, et sur leur valorisation ont été menés en 2018. Toutefois la mise en œuvre de ces modalités de calcul est contestée tant par le CHPF que par les cliniques, l'une d'entre elles ayant même introduit un contentieux administratif.

¹⁰⁹ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

2.2.2 Certaines mesures aux rendements budgétaires importants ont été rejetées, différées, ou sont toujours à l'étude par le gouvernement du Pays

La convention présente un bilan mitigé avec les deux tiers des engagements toujours en cours de réalisation, certains d'entre eux présentant des difficultés qui risquent de retarder durablement leur mise en œuvre :

- Les rémunérations des professionnels de santé n'ont pas été révisées (6,7 M€ d'économies attendues).

La rémunération des médecins spécialistes s'appuie sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) où le prix de l'acte est affecté d'un coefficient géographique qui traduit la différence de coût de la vie entre la métropole et le territoire. Ce coefficient a été arrêté à 1,69 lors des négociations menées en 2015.

La NGAP, nomenclature générale des actes professionnels, s'applique aux autres professionnels de santé. Adaptée de la nomenclature métropolitaine dans le milieu des années 2000, elle nécessiterait une actualisation dont le coût, estimé par la CPS à 800 MF CFP (6,7 M€), devra être compensé conventionnellement.

Il convient toutefois de rappeler que, même si les rémunérations n'ont pas été révisées à la baisse, elles n'ont pas évolué durant la période de la convention, et que certaines d'entre elles comme les médecins généralistes n'ont pas évolué depuis 9 ans, ce qui constitue dans un contexte d'inflation une réduction relative des rémunérations. Par ailleurs, le gouvernement a entrepris début 2019 de simplifier et d'homogénéiser la rémunération des professionnels de santé libéraux en calant progressivement le coefficient géographique sur 1,69 pour les spécialistes (dont les dentistes), et 1,4 pour les autres professions (voir Annexe 6 sur l'offre de soins)

Les économies attendues d'une révision de la rémunération des gardes et des astreintes étaient estimées à 5,6 M€ en 2014. Le système instauré trouve son origine dans un choix de compensation des salaires qui permet de rémunérer certains spécialistes exerçant dans des conditions particulières liées à la rareté des ressources. Le CHPF n'emploie par exemple qu'un neurochirurgien qui est en activité H24. La révision des modalités de rémunération nécessiterait donc une réforme du statut des personnels hospitaliers que le Pays ne souhaite pas entreprendre à l'heure actuelle.

- La télémédecine se heurte toujours à l'installation d'infrastructures de télécommunication dans les archipels les plus éloignées. L'installation de l'infrastructure se poursuivait toujours début 2019 afin d'assurer un socle technique, mais il devra être complété par l'installation d'outils de télémédecine, encore embryonnaire dans le Pays (voir Annexe 5 Les surcoûts structurels).
- La réforme de la PSG a été entamée tardivement et porte essentiellement sur le risque vieillesse (voir Annexe 2). Il est vrai que les équilibres financiers de la PSG se sont nettement améliorés, les deux derniers exercices en 2017 et 2018 étant même excédentaires.

Le déficit est uniquement porté par la branche vieillesse, qui a fait l'objet d'une réforme ambitieuse adoptée par la loi n° 2018-26 LP/APF du 21 septembre 2018 portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social. Les modalités de cette réforme sont détaillées en Annexe xxx.

La branche maladie a été peu réformée malgré un programme de mesures ambitieux fixé dans la convention. Les mesures de responsabilisation financière des patients (ticket modérateur, forfait hospitalier) n'ont pas été instaurées. La définition d'un objectif de dépenses présentant

des projections pluriannuelles n'est toujours pas établie. Enfin, la création de la branche universelle maladie (BUAM) est désormais envisageable avec la levée de la condition suspensive d'équilibre des régimes, qui sont excédentaires en 2018.

2.2.3 Au-delà des moyens l'objectif de résultat d'équilibre de la PSG a été atteint, et des mesures non visées par la convention ont été prises par le Pays

Même si l'ensemble des moyens prévus n'a pas été mis en œuvre, l'objectif de la convention a été atteint, avec un rééquilibrage significatif des comptes de la PSG. L'amélioration de la situation économique y a fortement contribué en permettant l'augmentation des recettes, mais les efforts du Pays ont contribué à modérer les dépenses (voir Annexe 2 sur la protection sociale).

Par ailleurs, des mesures non visées à la convention ont été prises marquant la volonté réformatrice du gouvernement :

- le déficit résiduel du RSPF a été soldé par un collectif budgétaire voté en août 2017 ; un projet de loi a été déposé à l'assemblée en décembre 2018 pour apurer le déficit cumulé du RGS hors Fades. La Polynésie a voté l'application d'une nouvelle modalité de versement sous la forme d'une cotisation exceptionnelle employeurs de 0,75 %. Appliquée sur une masse salariale prévisionnelle de 221 805 MF CFP, cette cotisation rapporterait 1 664 MF sur 12 mois, soit le double du versement actuel. La loi de pays correspondante (LP n°2018-047) a été adoptée par l'Assemblée le 13 décembre 2018 et pourra être promulguée une fois la période de recours administratif purgée. Cette mesure est détaillée dans l'Annexe 2 « La protection sociale généralisée et sa gestion ».
- des taxes comportementales ont été votées.

2.3 L'Etat a versé 48 M€ au RSPF et a légiféré sur l'alignement des tarifs mais la mise en œuvre des mesures avec l'APHP peine à aboutir

2.3.1 L'Etat a versé les 48 M€ prévus au RSPF

L'Etat a effectué ses versements suivant les échéanciers convenus¹¹⁰ de 2015 à 2017, et a prolongé la convention en 2018 à la demande de la Polynésie. La contribution totale au financement du RSPF s'élève donc à 48 M€, ce qui a représenté une contribution modeste au regard du volume des recettes du régime (4,8 %), mais essentielle à son équilibre sur la période de la convention (28 M€ d'excédents cumulés sur les 4 ans en comptant la contribution de l'Etat de 48 M€).

2.3.2 La dette de la CPS à l'AP-HP au 31 décembre 2014 a été apurée

Lors de la négociation de la convention Etat/Pays, la question de la dette accumulée par la CPS vis-à-vis de l'AP/HP a été soulevée. Il a été décidé d'annuler la dette antérieure au 1/1/2015, pour un montant de 6 M€ (715 MF CFP), annulation compensée par une dotation spécifique à l'AP/HP versée le 25 mars 2015. La mise en œuvre de cette décision a donné lieu à de multiples échanges entre les comptables de l'AP-HP et de la CPS tout au long des années 2015 et 2016.

Selon les éléments présentés à la mission par l'agence comptable de l'AP-HP, la dotation de 6 M€ a bien permis d'éteindre toutes les dettes existantes émises jusqu'à fin 2014 à hauteur de 4, 045 M€ et

¹¹⁰ La moitié du versement du second semestre 2016 a été reporté au premier semestre 2017 (soit 3M€)

le solde a été imputé pour un peu plus de 2 M€ sur une partie des créances de l'exercice 2015, pour un montant légèrement supérieur à la dotation reçue. Cet écart s'explique non pas par un surdimensionnement de la dotation vis-à-vis des dettes à fin 2014, mais par le fait que la CPS avait continué dans l'intervalle à acquitter une partie des dettes antérieures à 2015¹¹¹.

Tableau 9 : Imputation de la dotation de 6 M€ sur les dettes de la CPS vis-à-vis de l'AP-HP

Année d'émission	Montant (€)	%
Titres de 2009	44 351,06	0,73
Titres de 2010	549 042,04	9,08
Titres de 2011	440 193,10	7,28
Titres de 2012	215 945,94	3,57
Titres de 2013	1 354 522,47	22,39
Titres de 2014	1 440 921,40	23,82
Titres de 2015	2 004 897,42	33,14
Total	6 049 873,43	100

Source : DGFIP – direction spécialisée des finances de l'AP-HP

2.3.3 L'alignement des tarifs des assurés polynésiens en métropole a été légiféré et est entré en vigueur en 2017, mais il n'est toujours pas mise en œuvre

La convention prévoyait l'alignement des tarifs de séjour facturés par les établissements de santé aux assurés sociaux de Polynésie française sur ceux appliqués aux assurés du régime général de sécurité sociale. D'après les données communiquées à la mission, l'application du tarif journalier reviendrait, en moyenne, à facturer du double du montant applicable à un assuré métropolitain (ces données indicatives devant toutefois être confirmées établissement par établissement).

La mesure, proposée par le gouvernement, a été votée dans la loi de financement de la sécurité sociale n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 (article 82). La prise d'un décret d'application n'étant pas nécessaire, elle est entrée en vigueur au 1er janvier 2017. La facturation des séjours est donc légalement passée du tarif journalier de prestation TJP au groupe homogène de séjour GHS.

Toutefois, malgré cette disposition, les principaux établissements accueillant des assurés polynésiens (dont l'AP-HP) ont continué à émettre ses factures sur la base inchangée des forfaits journaliers tout au long de 2017 et de 2018.

¹¹¹ Cf. compte-rendu de la réunion CPS/DGOM/DGOS/AP-HP du 10/12/2015

Tableau 10 : Répartition des séjours hospitaliers d'assurés polynésiens en métropole (2017) – Principaux établissements

Etablissements publics	887
dont APHP	726
dont CHU Toulouse	52
dont CHU Bordeaux	47
Etablissements privés	291
dont CLCC Gustave Roussy	71
dont hôpital privé de Parly II	59

Source : PMSI – Base Diamant

L'AP-HP, interrogé par la mission, a expliqué cette non application de la loi par des contraintes matérielles liées aux circuits de facturation, détaillées dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Difficultés de mise en œuvre de la tarification de métropole selon l'AP-HP

La facturation hospitalière suit deux circuits distincts, dont aucun ne permet la facturation au GHS pour des patients non assurés sociaux :

- Flux e-PMSI (GHS – RSF) : l'absence de NIR pour les patients de la CPS conduit à un typage des GHS concernés en « non facturable ».
- Flux RI pour les caisses étrangères ou DOM TOM conventionnées CLEISS : il s'agit d'un flux télétransmis (norme B2), facturé au TJP (tarif journalier de prestation). Une facturation de GHS via ce flux nécessiterait des évolutions importantes du système d'information.

Le circuit préconisé serait la facturation via e-PMSI, ce qui suppose que des consignes soient transmises pour que ces flux de la CPS soient repérés dans e-PMSI et que l'ATIH puisse faire évoluer son SI afin que ces flux soient « facturables » et valorisés. Les facturations pour ces patients pourraient être versées aux hôpitaux dans le même arrêté de versement que les autres flux PMSI. La question de la refacturation à la CPS par les organismes payeurs de la métropole restera à définir. De même, la gestion de la facturation des suppléments (ex : chambres seules) pris en charge par la CPS, est à prévoir.

L'AP-HP a indiqué à la mission que des mails ont été échangés en 2017 avec la CNAMTS, la DGOS, la DSS, ainsi qu'avec le Haut-Commissariat de la République en Polynésie, dans lesquels elle faisait part de ses interrogations sur les modalités pratiques de facturation et l'attente d'instructions. Elle estime que le passage à un circuit de facturation manuelle serait trop incertain et lourd à gérer. L'administration centrale du ministère de la santé, informée de cette situation, a indiqué qu'elle travaillait à l'élaboration d'un guide de tarification à destination des établissements, sans en préciser les délais.

La mission des inspections n'avait pas vocation à étudier et recommander une solution particulière à cette difficulté, mais ne peut que constater que la loi n'est pas aujourd'hui appliquée, et que cette non application induit une surfacturation au détriment de la CPS de l'ordre de 5 M€ annuels à l'APHP, soit 10 M€ depuis l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} janvier 2017. Cette situation doit donc impérativement être réglée dans les meilleurs délais par les administrations compétentes. Et la facturation de l'AP-HP, une fois ces difficultés surmontées, devrait être réintégrée dans le circuit normal du CNSE, en application de la convention de coordination.

Recommandation n°4 : S'assurer du remboursement à la CPS du trop facturé par les établissements métropolitains et mettre en place d'ici fin 2019 un mécanisme permettant l'application de la LFSS 2017.

Par ailleurs, l'Etat et le Pays ont convenu du principe d'une réduction des tarifs hospitaliers en faveur des patients métropolitains soignés en Polynésie française. L'engagement pour le Pays de « lancer une réflexion sur une baisse progressive des tarifs de facturation des non ressortissants de la PSG au CHPF » figurait dans la convention (voir Annexe 6 offre de soins).

Tableau 11 : Etat d'avancement des engagements déclaré par le Pays au 06/11/2018

1. Mesures initiées devant être poursuivies										
1.1	17	Finaliser l'élaboration du SOS	Réduire les coûts de fonctionnement	Redéployer les missions de la Direction de la Santé	Placer des hôpitaux de la Direction de la Santé	5,53M€	FAIT			
1.2	18				Structurer une offre de moyen séjour	NE				
1.3	21				Organiser un pôle de santé privé	NE				
1.4	19				Organiser des règles de recettes	0,25 M€				
1.5	27				Developper la chirurgie ambulatoire au CHPF	NE				
1.6	31				Revoir l'organisation des gardes et astreintes au CHPF	1,8 M€				
1.7	32				Contrôle des astreintes	NE	FAIT			
1.8	33				Revoir tarifs des gardes et astreintes	3,8 M€				
1.9	38				Revoir les missions de la Direction de la Santé	NE	FAIT			
1.10	39				Regrouper les établissements de santé sous une direction unique	NE	FAIT			
1.11	43	Permettre des délégations de tâches aux professionnels non médicaux	NE							
1.12	44	Developper la télémédecine	NE							
2.1	52	S'assurer de la mise en application rapide de la loi de pays n° 2014-25 LP/APF du 29/07/2014 sur les conditions d'admission au RST et à leur contrôle	Simplifier les étapes du processus d'admission au RST, accroître les conditions du contrôle des ressortissants et rendre plus équitables les critères d'accès au RST	Délai contraignant d'instruction d'un mois	Revoir les types de revenus pris en compte	NE	FAIT			
2.2	53				Rendre possible le croisement des fichiers	NE	FAIT			
2.3	55				Service d'instruction commun DAS et CPS	NE	FAIT			
2.4	56				Contrôle par sondage des renouvellements	NE	FAIT			
2.5	57				Renforcement des sanctions administratives	NE	FAIT			
2.6	58				Mettre en place une autorisation préalable à l'admission	NE	FAIT			
2.7	59				Instaurer un plafond de ressources selon le nombre de personnes	NE	FAIT			
2.8	62				Augmenter les cotisations du RNS et du RGS	18,5 M€ (RGS) et 3,9 M€ (RNS)	FAIT			
3.1	3 et 4				Engager une réforme de la PSG par les risques vieillesse et maladie.	Mobiliser de nouvelles recettes pour financer le système de santé de façon plus efficace et plus juste		Elargir le Ticket Modérateur à l'hospitalisation	0,7 M€	
3.2	16							Diminuer le plafond des indemnités journalières à 1,8 SMIG brut	3,7 M€	
3.3	10	Définir annuellement un objectif d'évolution des dépenses	NE							
3.4	37	Mesures internes à voter au CA de la CPS.	NE							
4.1		Utiliser toutes les marges de manœuvre possibles pour dégager des gains de productivité à la CPS, parallèlement aux discussions engagées entre les parties.	Obtenir des gains de productivité dans la gestion de la CPS							
5.1	14	Actualiser et harmoniser les listes des ALD pour tous les régimes.	Assurer l'égalité entre les différents assurés de la PSG et prise en compte de maladies nouvelles	Responsabiliser les ménages en augmentant leur participation aux dépenses de santé tout en garantissant l'accès aux plus démunis	0,35 M€					
6.1	1	Faire de l'abandonement du FADÉS une dépense prioritaire dans le budget de la Polynésie Française, dont les modalités de versement seraient prévues par une loi de Pays	Sécuriser le mode de financement de la dette sociale	Cette mesure nécessite des modalités de versement prévues par la loi du Pays.	+ 20,1 M€ pour CPS+ 20,1 M€ pour CPS-20,1 M€ pour le Pays					
7.1 (*)	63	Mettre en place une fiscalité sur les bénéficiaires des professions jusqu'à présent soumises à l'impôt sur les transactions devant être démantelé	Rechercher des efforts de solidarité et d'équité sur les ressources	Réforme fiscale de la Polynésie française.	NE					

2. Nouvelles mesures à étudier et/ou mettre en œuvre							
8.1	12	Adapter les modes de rémunération des professionnels de santé afin de les faire coïncider avec les enveloppes de dépenses annuelles préalablement définies	Participation des professionnels à l'effort de redressement des comptes de la PSG	Adapter les lettres clés et plafonds d'efficience	6,7 M€		
9.1		Revoir le mode de fixation des prix des médicaments	Participation des professionnels à l'effort de redressement des comptes de la PSG	Réduction des marges	4,35 M€		
10.1		Passer le financement du CHPF et des cliniques privées à la tarification à l'activité, sous réserve d'un cadrage de l'enveloppe budgétaire avec unification du coefficient géographique.	Maîtriser les dépenses hospitalières	Utilisation d'un coefficient géographique de 1,39 dans les ES du secteur public et privé.	+10,3 M€		
10.2	35	Lancer une réflexion sur la baisse progressive et significative des tarifs de facturation des non ressortissants de la PSG au CHPF avec l'engagement d'une mise en œuvre effective en 2017.	Etudier les modalités techniques et tarifaires pouvant amener une réduction progressive des tarifs de facturation adressés aux non ressortissants de la PSG, afin de les faire bénéficier des tarifs appliqués à l'ensemble de la population habitant en Polynésie française.	Gain financier à calculer ultérieurement.			
11.1	22	Constituer une dotation d'amortissement annuelle du CHPF pour assurer les grosses réparations et le renouvellement des équipements à hauteur d'un montant restant à définir par des études techniques	Permettre l'entretien et la conservation des bâtiments du CHPF et garantir la sincérité des comptes	Répartir la dotation d'amortissement (20M€) entre le budget du Pays et le CHPF	+ 20 M€ pour CHPF - 20 M€ pour Pays		
12.1		Etablir des textes pour réglementer les pratiques conventionnelles de la CPS, et fixer la DGF des établissements de santé, dans l'attente de la mise en œuvre de la mesure T2A	Clarifier les modalités de détermination et de versement des dotations de fonctionnement	Mesure à faire valider en assemblée de Polynésie française et au CA de la CPS	Pas de gain	FAIT	FAIT

Liste de recommandations de l'annexe 4

1	Etendre la durée de la convention à cinq ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier et mettre en œuvre des réformes structurelles, et pour produire les éléments d'évaluation.
2	Donner aux futurs engagements des objectifs précis et mesurables, ne se limitant pas à des objectifs financiers mais comprenant également des objectifs de santé publique.
3	Prévoir des modalités de suivi des engagements respectueuses du principe d'autonomie de la collectivité en matière de santé, qu'il s'agisse de moyens financiers, organisationnels et de rythme de mise en place.
4	S'assurer du remboursement à la CPS du trop facturé par les établissements métropolitains et mettre en place d'ici fin 2019 un mécanisme permettant l'application de la LFSS 2017.

ANNEXE 5

LES SURCOUTS STRUCTURELS

La lettre de mission demande "l'identification et l'analyse des surcoûts structurels qu'engendrent la situation géographique et archipélagique singulière de la Polynésie française, la prévalence accrue de certaines pathologies et le sur-risque qui est lié à la pauvreté relative".

La convention signée en avril 2015 définit de manière plus circonscrite les « surcoûts structurels », comme ceux « liés aux évacuations sanitaires et à un profil épidémiologique particulier des maladies chroniques », qui sont évalués en 2014 à 46 M€ (5,5 milliards F CFP) par an. Mais ce montant n'est pas explicité dans la convention et ses annexes, et ni le Pays ni les services de l'Etat n'ont retrouvé les éléments qui à l'époque avaient justifié ce calcul malgré les demandes répétées de la mission.

Un document chiffré a été fourni à l'occasion du passage de la mission par le ministère de la santé et contient les informations suivantes :

Encadré 1 : Chiffrage des surcoûts structurels par le ministère de la santé

« Les enjeux financiers globaux à ce titre sont de 3,438 Mds XPF [note de la mission : il s'agit probablement d'une erreur de frappe, le total mentionne 5,438 Mds XPF, soit 46 M€ qui est le chiffre figurant à la convention], qui se décomposent de la manière suivante (données prévisionnelles 2014) :

EVASAN inter-îles et internationales : 3,23 Md XPF

Coût de transport : 800 M (transport avion local) + 249 M (internationales) + 76 M (bateau et hélico) + 400 M (transport médicalisé)

Transports médicalisés initiaux entre l'aéroport de Faa'a et le CHPF : 500 M

Régulation Europe Assistance Océanie : 216 M

Hébergement à Tahiti : 159 M

Hébergement international : 170 M + 260 M (transports secondaires sur place)

Continuité de l'accès aux spécialistes : 208 M XPF

Consultations avancées, y compris pédopsychiatrie et missions d'experts.

Différentiel de dépenses liées à une prévalence accrue de certaines pathologies en Polynésie

Dialyse : en métropole 31000 malades en dialyse pour 68 M d'habitants ; en Polynésie, 422 malades pour 265000 habitants, soit près de quatre fois plus. A prévalence identique, la Pf ne devrait avoir que 120 malades en dialyse environ, soit un surcoût de 1,1 Md XPF environ lié à la prise en charge de ces 300 malades en « excès » en dialyse.

RAA (rhumatisme articulaire aigu) : affection de longue durée qui a aujourd'hui quasiment disparu en métropole mais continue à générer des dépenses médicales importantes en Polynésie, malgré la prévention mise en place, qui occasionne annuellement 900 M de dépenses pour 3000 malades en longue maladie.

Ces deux seules affections représentent donc un surcoût relatif de prise en charge médicale pour la PSG d'au moins 2 Mds XPF, par rapport à la situation épidémiologique que connaît la métropole en termes d'affections de longue durée.

Récapitulatif :

EVASAN inter-îles et internationales : 3,230 Md XPF

Continuité de l'accès aux spécialistes : 0,208 M XPF

Différentiel de dépenses liées à une prévalence accrue de certaines pathologies : 2,000 Mds XPF

5,438 Mds XPF

soit 46 M €

Pour traiter de cette question des surcoûts structurels, la mission a mis à jour les éléments déjà identifiés dans la convention de 2015 et rappelés dans la lettre de mission. Aucun nouvel axe d'analyse n'a été évoqué par le ministère de la santé polynésien. Les surcoûts évalués dans la présente Annexe sont liés :

- aux évacuations sanitaires internationales et inter-îles;
- à certaines prévalences épidémiologiques fortement caractérisées dont le RAA,
- au dimensionnement du maillage territorial.

La lettre de mission demandait par ailleurs une évaluation « *du sur risque qui est lié à la pauvreté relative* », notions qui ne figuraient pas dans la convention 2015-2017. Conséquence de la crise économique majeure de 2008 et d'une évolution des modes de vie traditionnels, la situation sociale en Polynésie s'est nettement détériorée. En 2016, le PIB par habitant de la Polynésie est moitié de celui de la France (voir Annexe 1). La pauvreté, avec l'exclusion et l'émergence de populations vulnérables, constituent autant de facteurs préjudiciables au bon fonctionnement du système de protection sociale.

Pour autant, l'évaluation de la pauvreté « relative » et d'un sur risque qui en découlerait ont posé des difficultés à la mission. L'établissement des bases méthodologiques s'est avéré complexe pour plusieurs raisons, à commencer par la définition même de ces notions :

- En Polynésie la faiblesse des revenus monétaires, élément d'appréciation de la pauvreté, est partiellement compensée par un niveau élevé d'autoconsommation dans certaines îles¹¹² ;
- les références nécessaires à l'évaluation du caractère « relatif » de la pauvreté manquent, et n'étaient pas précisées dans la lettre de mission. S'agissait-il, par exemple, de comparer la situation de la Polynésie à celle de la métropole, de certaines DOM/COM, ou de territoires voisins du Pacifique ? d'exclure de la population étudiée les métropolitains résidant en Polynésie et relevant non pas de la CPS mais du régime de la sécurité sociale ?
- la « pauvreté relative » n'est qu'un des facteurs contributifs à un sur risque sanitaire et social, et son rôle spécifique ne peut être isolé, encore moins chiffré en termes d'unités monétaires – pas plus en Polynésie qu'en métropole d'ailleurs.

Aussi, soucieuse de prendre en compte les caractéristiques sociales particulières de la Polynésie, la mission a proposé une approche alternative consistant non pas à chiffrer des conséquences, mais plutôt à identifier les moyens nécessaires pour réduire le « sur-risque » et participer ainsi à l'amélioration de la situation sociale des polynésiens. Ces travaux font l'objet d'une annexe spécifique (Annexe 7 « Les aides et l'action sociale »), le présent document se limitant à réévaluer les risques déjà identifiés lors de la convention 2015.

¹¹² De 15 % aux îles-sous-le-vent à 23 % aux Australes selon l'ISPF

1 LE STATUT D'AUTONOMIE DE LA POLYNÉSIE N'A PAS POUR EFFET D'EXONERER L'ÉTAT DES RESPONSABILITÉS QUI DECOULENT DES PRINCIPES CONSTITUTIONNELS, CE QUE LA LOI SUR L'ÉGALITÉ RÉELLE OUTRE-MER RAPPELLE

La loi organique du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française¹¹³ dispose dans son article 1 que « *la Polynésie française se gouverne librement et démocratiquement, par ses représentants élus et par la voie du référendum local, dans les conditions prévues par la présente loi organique. La République garantit l'autonomie de la Polynésie française ; elle favorise l'évolution de cette autonomie, de manière à conduire durablement la Polynésie française au développement économique, social et culturel, dans le respect de ses intérêts propres, de ses spécificités géographiques et de l'identité de sa population.* »

Les compétences de l'Etat et l'application des lois nationales sont limitativement énumérées à l'article 7 : compétences des juridictions nationales souveraines, défense nationale, domaine public de l'Etat, nationalité, état et capacité des personnes, statut des agents publics de l'Etat, procédure administrative contentieuse, droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration de l'Etat et des communes.

Toutefois comme le souligne la Cour des comptes dans un rapport thématique en 2014¹¹⁴ :

« Si les collectivités d'outre-mer ont un statut qui, aux termes de l'article 74 de la Constitution "tient compte des *intérêts propres de chacune d'elles* au sein de la République", l'article 72-3 affirme que "*la République reconnaît, au sein du peuple français, les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité*". À ce titre, s'applique le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui dispose que la Nation "*garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé*". Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer. »

La dernière intervention du législateur à travers la loi 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique renforce les obligations de l'Etat.

Le texte a érigé le droit à l'égalité réelle en priorité nationale et a organisé sa compatibilité avec le droit d'adopter un modèle propre de développement durable.

Les politiques de convergence des outre-mer prévues par le texte visent, entre autres, à compenser les handicaps structurels liés à leur situation géographique, leur isolement, leur superficie, leur vulnérabilité face au changement climatique, à assurer l'accès de tous à l'éducation, à la formation, à l'emploi, au logement, aux soins, à la culture et aux loisirs. Le principe de continuité territoriale est réaffirmé et précisé comme un enjeu de souveraineté et une priorité de l'action de l'Etat.

En revanche le titre III « Dispositions sociales » qui contient également des dispositions sanitaires ne concerne que très accessoirement la Polynésie française (aménagement des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse par exemple).

¹¹³ Une révision de la loi organique est en cours de débats au Parlement.

¹¹⁴ "La santé dans les outre-mer – une responsabilité de la République" Cour des Comptes – juin 2014

2 ASYMETRIE ET INSUFFISANCE DE L'INFORMATION : UN HANDICAP RECONNU A L'ECHELLE DES OUTREMERS

La difficulté première est la non disponibilité des données à travers les outils et bases présents en métropole. Cette question est largement évoquée à l'échelle des outre-mers par le rapport de la Cour des Comptes précité : *"Des données plus complètes, récentes et homogènes, sont indispensables pour mieux apprécier l'état de santé des populations, connaître beaucoup plus précisément les dépenses de santé dans les outre-mer et leur évolution, comme les financements qui y sont consacrés, et documenter plus précisément l'ampleur des efforts à réaliser dans chaque territoire ; combler ces lacunes constitue une priorité pour que puissent être pris, au niveau national comme dans chaque outre-mer, les arbitrages nécessaires pour un usage plus efficient des moyens et pour que soient progressivement résorbés des retards qui mettent en jeu l'égalité des chances."*

La Cour recommande la réalisation d'un tableau de bord pour chaque département et territoire d'outremer et précise pour la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française : *"Proposer à cet effet aux gouvernements de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie française et à leurs caisses locales de protection sociale des conventions d'association pour alimenter ce tableau de bord partagé."*

La mission souscrit à cette recommandation et souhaite même la compléter. Il apparaît à l'issue des investigations à distance et sur place que le Pays comme l'Etat est privé des moyens de parangonnage de plus en plus communément utilisés en Métropole. Ainsi au plan de l'activité hospitalière il serait judicieux que les établissements hospitaliers publics et privés contribuent à alimenter la base nationale PMSI auprès de l'ATIH. Il en est de même pour les établissements publics de santé uniquement concernant la statistique annuelle dite SAE dont l'exploitation par la DREES fournit à l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier une importante production statistique, des études ciblées qui chaque année permettent d'alimenter réflexions et débats ainsi qu'une matière indispensable et précieuse à tous les observateurs et aux décideurs. Ces différentes propositions font l'objet d'une recommandation spécifique de l'Annexe 6 sur l'offre de soins.

Afin de ne pas maintenir dans l'ombre la situation de la population polynésienne au regard des questions de santé il paraît urgent et indispensable de réintégrer la Polynésie française dans le périmètre d'observation des organismes publics dédiés à la santé (voir la recommandation correspondante dans l'Annexe 2 sur la PSG). Le gouvernement de Polynésie prévoit de créer un Observatoire territorial de la santé. L'adhésion à la FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé) est un gage de l'effort d'intégration à la communauté sanitaire nationale qui doit permettre un partage d'informations préalable à la création d'un nouveau partenariat Pays/Etat.

3 LA DISPERSION GEOGRAPHIQUE ET L'INEGALE REPARTITION DES MOYENS SANITAIRES ENGENDRENT DES EVASAN COUTEUSES

La forte dispersion géographique et démographique de l'archipel a des conséquences importantes sur l'attractivité des territoires et les difficultés organisationnelles à y implanter une véritable offre de soins. De fait, dans de nombreuses îles, les moyens et les professionnels de santé ont une densité insuffisante pour répondre aux besoins de la population. A différents degrés, les populations concernées doivent donc recourir à l'évacuation sanitaire pour avoir accès à l'offre sanitaire.

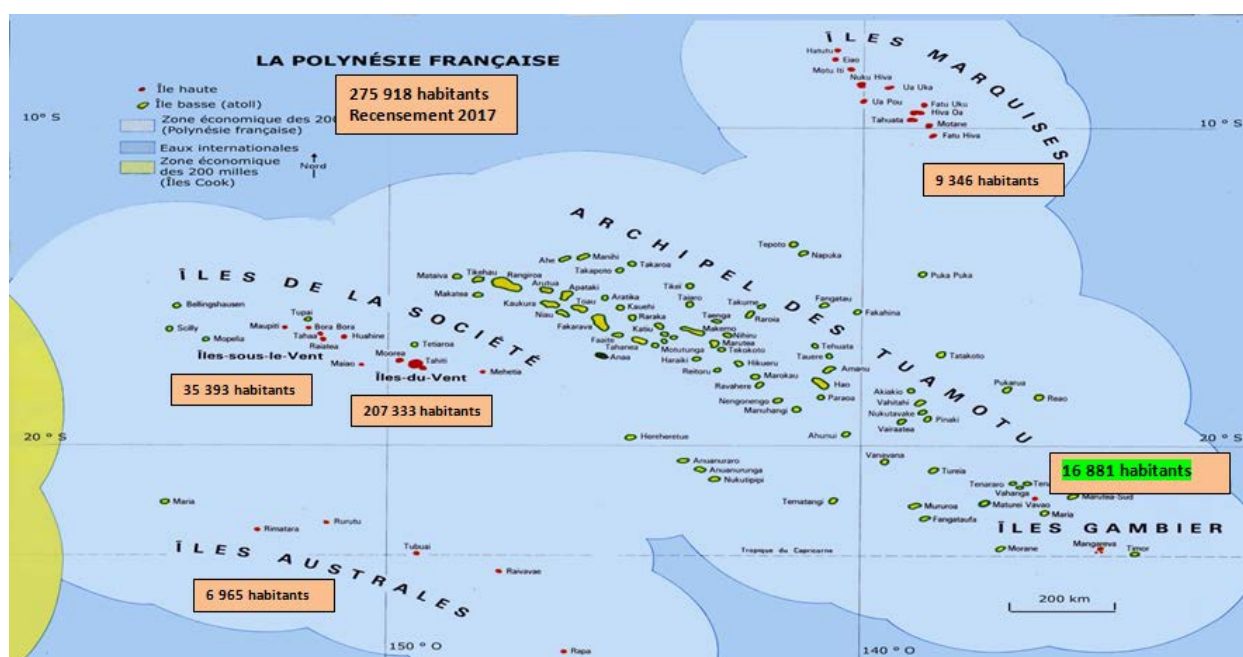
Ceci a de multiples conséquences non seulement sur les plans logistiques et financiers mais aussi sur les comportements individuels. Ainsi une évacuation sanitaire vers Tahiti, et encore plus vers la métropole ou la Nouvelle Zélande, prend une autre signification pour le patient ou la patiente mais aussi pour les familles.

3.1 La répartition de l'offre de soins ne s'est pas adaptée aux dispersions géographique et démographique, d'une très grande ampleur

La Polynésie française partage avec la Nouvelle-Calédonie l'éloignement maximum de la Métropole. La distance exprimée en heures d'avion (20h) est 2,5 fois plus grande que pour les Antilles. L'ensemble archipélagique est situé au milieu de l'océan Pacifique, à mi-distance de la côte Ouest des Etats-Unis et de l'Australie. Les territoires les plus proches, hormis les autres îles du Pacifique Sud, sont la Nouvelle-Zélande (2900 km) et la Nouvelle Calédonie (4 700 km).

Le territoire maritime, équivalent à la surface de l'Europe continentale, comporte 121 îles qui représentent seulement 3600 km² de terres émergées.

Graphique 1 : la dispersion géographique des populations en Polynésie



Les trois-quarts de la population et l'essentiel de l'activité économique sont situés sur les îles de Tahiti et de Moorea.

Tableau 1 : Données principales des archipels hors îles du Vent (Tahiti, Moorea, Maïao, Mehetia et Tetiaora)

Place des archipels au sein de la Polynésie française						
	Îles Sous-le-Vent	Marquises	Australes	Tuamotu-Gambier	Archipels	% Pays
Surface terrestre (km ²) ISPF	408	1 056	145	983	2 592	68%
Population totale (2017)	35 393	9 346	6 965	16 881	68 585	25%
Densité de population (habitant/km ² ; 2017)	87	9	48	17	26	
Population active (2017)	13 322	4 006	2 873	7 527	27 728	23%
Taux de chômage (2012)	25%	31%	29%	22%	23%	
Réceptif hôtelier en chambres (2017)	1 439	150	75	577	2 241	53%
Chiffre d'affaires des entreprises en M XPF (2017)	54 255	4 581	1 385	6 188	66 409	8%
Fret maritime interinsulaire en tonnes (2017)	154 053	30 718	26 685	87 541	298 997	65%
Encours cts bcaires. aux ents. au 31/12/17 en M XPF	11 762	921	560	4 592	17 834	5%

Source : *IEOM*

La Polynésie ne forme pas suffisamment de professionnels de santé pour ses propres besoins et a recours massivement à l'installation de professionnels de santé venus de la métropole. Choisir d'exercer en Polynésie pour un professionnel de santé métropolitain peut avoir de lourdes implications au plan humain (éloignement de la famille, retours en Métropole peu fréquents). Ces difficultés, combinées à des obstacles objectifs de pratique en milieu insulaire, sont susceptibles de fragiliser leur engagement, tout du moins d'influer sur le choix de leur lieu d'exercice.

La répartition des professionnels de santé en Polynésie témoigne d'une préférence marquée pour Tahiti et les îles du Vent (voir Annexe 6 sur l'offre de soins pour une analyse plus détaillée). En plus de l'offre hospitalière concentrée au CHPF à Tahiti, les professionnels ambulatoires sont également très sensibles à leurs conditions d'exercice et privilégient les zones économiquement et professionnellement viables. De fortes disparités existent entre professions, allant d'un maillage satisfaisant pour les infirmières, à une rareté préjudiciable pour certains archipels s'agissant des spécialités médicales ou des dentistes.

3.2 Des EVASAN sont nécessaires mais des solutions alternatives doivent être promues

L'insuffisance de l'offre de soins dans les îles et à Tahiti engendre des évacuations sanitaires (Evasan) dites « inter-îles » (vers Tahiti et inter-archipels) et internationales.

Le coût global supporté en 2017 par la CPS s'élève à 5 831 MF CFP (48,8 M€) dont 1 831 MF CFP (15,3 M€) pour les Evasan inter-îles¹¹⁵ et 4 000 MF CFP (33,5 M€) pour les Evasan internationales. Ces dernières sont essentiellement des dépenses de soins qui ne peuvent être réalisées sur place. Sur la période récente (2015-2017) le coût global est relativement stable. Rapporté à la dépense des risques maladie et accidents du travail supportée par la CPS il s'élève à 11 %¹¹⁶.

Alors que le nombre de patients "évasanés" vers la métropole ou vers la Nouvelle Zélande varie peu d'une année à l'autre (entre 600 et 700 par an dont les deux tiers vers la métropole) le nombre de patients "évasanés" entre les îles (vers Papeete) s'accroît régulièrement : 14 966 en 2015, 15 743 en 2016 et 16 272 en 2017, pour une population hors de l'île de Tahiti de 80 000 habitants. Pour les

¹¹⁵ Coût d'hébergement compris et hors frais de soins pour les evasan inter-îles ; transport, soins et hébergement pour les evasan internationales.

¹¹⁶ Total des charges CPS de 2017 : 113,3 milliards F CFP dont 46 % pour l'assurance maladie et les accidents du travail (source CPS).

seules Marquises 2 436 patients distincts ont été "evasanés" en 2017 pour une population de 9 346 habitants (26 %) et pour un coût de 366 MF CFP (3,1 M€).

Tableau 2 : Les Evasan internationales

Année de soins	France			Nouvelle-Zélande			TOTAL		
	Nb. patients	Nb. dossiers Evasans	Montant pris en charge	Nb. patients	Nb. dossiers Evasans	Montant pris en charge	Nb. Patients	Nb. dossiers Evasans	Montant pris en charge
2013	482	496	2 860 516 493	160	177	1 029 343 767	635	673	3 889 860 260
2014	459	484	3 021 184 706	162	171	801 116 728	613	655	3 822 301 434
2015	465	478	3 069 831 037	188	193	932 149 859	644	671	4 001 980 896
2016	521	534	3 355 032 751	203	216	855 459 062	711	750	4 210 491 813
2017	493	506	3 224 025 618	220	240	912 214 141	695	746	4 136 239 759

Source : CPS

Tableau 3 : Les Evasan inter-îles

	2015			2016			2017		
	Nombre de patients	Nombre d'Evasans	Montant Evasan Pris En Charge	Nombre de patients	Nombre d'Evasans	Montant Evasan Pris En Charge	Nombre de patients	Nombre d'Evasans	Montant Evasan Pris En Charge
TRANSPORTEUR-AVION	12 333	20 821	1 338 903 381	12 981	22 209	1 475 073 057	13 280	23 513	1 396 119 828
TRANSPORTEUR-BATEAU	3 458	9 092	59 151 295	3 595	9 229	67 296 205	4 018	10 913	74 526 887
TRANSPORTEUR-HELICOPTERE	98	99	21 900 000	209	214	43 188 680	34	34	5 775 000
TRANSPORTEUR-VEHICULE LEGER	1 176	1 948	16 666 866	1 358	2 266	18 408 780	1 472	2 460	20 521 130
Autres	94	95	106 400	87	95	75 600	143	164	216 170
TOTAL TRANSPORTS (Hors forfaits Air Archipel)	17 159	29 300	1 436 727 942	18 230	31 001	1 604 042 322	18 947	33 522	1 497 159 015
HEBERGEMENTS ET FUNERAIRES	2 152	3 199	154 431 098	2 406	3 653	180 529 602	2 478	3 911	181 717 790
TOTAL GLOBAL	14 966	29 347	1 591 159 040	15 743	31 052	1 784 571 924	16 272	33 567	1 678 876 805

Source : CPS

90 % des Evasan inter-îles sont programmées et 10 % dites "urgentes" sont déclenchées par le SAMU ou le SMUR.

Une logistique nécessairement complexe (prise en charge médicale et administrative, réservation des vols, hébergement des accompagnateurs...) est mise en œuvre. Elle est gérée par la CPS avec l'appui d'un prestataire pour les Evasan internationales. Le CHPF et les hôpitaux « périphériques » gèrent les Evasan inter-îles et les évacuations urgentes.

3.2.1 Diverses mesures contribuent à la diminution des Evasan :

Le développement de l'étendue de l'offre de soins au CHPF, particulièrement en cancérologie et en néphrologie permet d'éviter des Evasan internationales.

Le déport dans les îles des techniques de dépistage (mammographes) et de chimiothérapies sous le contrôle des praticiens du CHPF, réduit le nombre d'Evasan des îles vers Tahiti.

Les consultations de spécialistes avancées dans les îles – sur le modèle des "flying doctors" de l'Australie - ont été développées depuis les années 1990. Elargies aux libéraux et regroupées comme

le prévoit la convention en date du 7 août 2018¹¹⁷ elles ¹¹⁸améliorent, sous la coordination de la Direction de la santé, la prévention, la prise en charge des patients tout en leur évitant des déplacements longs, peu confortables et coûteux aussi bien pour la collectivité que pour les familles.

Une stabilisation globale du nombre total d'Evasan est donc envisageable.

Des efforts ont été entrepris pour rationaliser les Evasan internationales notamment par la réduction de l'éventail des hôpitaux retenus¹¹⁹. Ces efforts sont à poursuivre.

Recommandation n°1 : Réduire l'éventail des établissements métropolitains retenus pour accueillir les patients polynésiens.

3.2.2 Une prise en charge partielle des surcoûts est à envisager:

Le surcoût généré par les evasans inter îles et internationales relève incontestablement des handicaps structurels du territoire, c'est donc une cible possible d'une future convention entre l'Etat et le Pays, en contribuant à en réduire le nombre et à en supporter le surcoût.

1) par la poursuite des aides à l'investissement :

La métropole contribue déjà par des aides à l'investissement à l'amélioration de l'offre de soins au CHPF comme dans les îles et donc à la réduction du nombre d'Evasan (voir montant des aides d'Etat dans l'Annexe 1). Par exemple pour l'oncologie avec un apport de 716 MF CFP (6 M€); pour le dépistage avec le financement du mammographe aux Marquises pour 14,2 MF CFP (118 655 €) ; pour l'aménagement de box de chimiothérapie à Uturoa (Iles sous le Vent) et à Taiohae (Marquises) pour un montant de 42,8 MF CFP (359 020 €).

La mission recommande de poursuivre dans cette voie (voir recommandation du rapport).

2) Par le développement de la télémédecine :

Le système de soins primaires s'appuie d'ores et déjà sur une forme de télémédecine : les infirmiers et auxiliaires de soins des îles consultent par mail, fax avec éventuellement des photos les médecins des circonscriptions et du CHPF qui délivrent les ordonnances, demandent des examens complémentaires ou prennent une décision d'Evasan. Le Schéma d'organisation sanitaire (2016-2021) adopté par l'Assemblée de la Polynésie française le 16 février 2016 a défini comme objectif concernant la télémédecine : *mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels*. La Polynésie a adopté, récemment, deux textes réglementant la télémédecine, comme la mission interinspection de 2014 l'avait proposé :

- La loi du Pays n° 2017-23 du 24 août 2017 relative à la télémédecine ;
- L'arrêté n° 82/CM du 11 janvier 2018 portant définition des actes de télémédecine, de leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière.

Ces textes définissent la télémédecine ainsi que les différents actes qui permettent sa mise en œuvre: la téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance médicale et la réponse médicale dans le cadre d'une situation d'urgence. Ils définissent également les conditions de mise en œuvre et d'organisation des actes.

¹¹⁷ Convention passée entre le ministre de la santé, le directeur de la CPS et le directeur du CHPF.

¹¹⁸ Par exemple les CSA en ophtalmologie (à raison d'1 semaine par praticien du CHPF soit sur l'année 7 semaines par praticien) évitent environ 145 evasan/an.

¹¹⁹ Liste indicative de 35 établissements dont 18 pour l'APHP, et 11 hors Ile de France suivant la convention portant organisation des évacuations sanitaires internationales du 12 mars 2018.

En ce qui concerne la prise en charge financière, l'arrêté indique que « les actes de télé médecine et leurs tarifs sont fixés selon la codification des actes des professionnels de santé » mais que « dans l'attente de cette mise en œuvre, une convention entre l'organisme de gestion des régimes de protection sociale et les personnes morales ou les professionnels de santé concourant à l'activité de télé médecine, fixe le montant de la contribution des régimes de protection sociale au financement de cette activité, ainsi que ses modalités d'application ».

Trois acteurs contribuent aujourd'hui à la réalisation d'actes de télé médecine :

- L'association APURAD avec de la télé dialyse à hauteur environ 3000 consultations par an ;
- Le CHPF avec de la télé cardiologie (surveillance des stimulateurs ou des défibrillateurs). Une quarantaine de patients bénéficient de cette activité.
- La société FENUAMEDEX pratique une activité de télé médecine pour des acteurs hôteliers et perliers. En 2017 et sur le site de Tetiaora, elle a réalisé 1013 téléconsultations pour un effectif de 200 personnels.

Par ailleurs, la Direction de la santé, notamment au sein du Service de santé des Tuamotu- Gambier, exerce une activité de télé médecine, mais avec des moyens limités. En 2016, environ sept mille conseils téléphoniques et neuf mille validations d'ordonnance ont été réalisés.

Plusieurs évolutions sont prévues pour développer la télé médecine. Dans un premier temps, il paraît important d'équiper :

- Les hôpitaux périphériques ;
- les centres de soins primaires des îles (liste des 11 premiers sites) ;
- les îles dépourvues de présence médicale mais avec une présence d'un personnel de santé afin de faciliter les échanges entre le patient et le médecin. Un recensement du nombre d'îles concernées devra être réalisé afin d'estimer le coût prévisible.

Grâce au déploiement de la fibre dans les archipels, la direction de la santé prévoit d'étendre l'activité de télé médecine par briques successives. Pour chaque structure, l'équipement envisagé serait composé d'une station de télé médecine ainsi qu'un ordinateur avec connexion Internet avec les « télé médecins ».

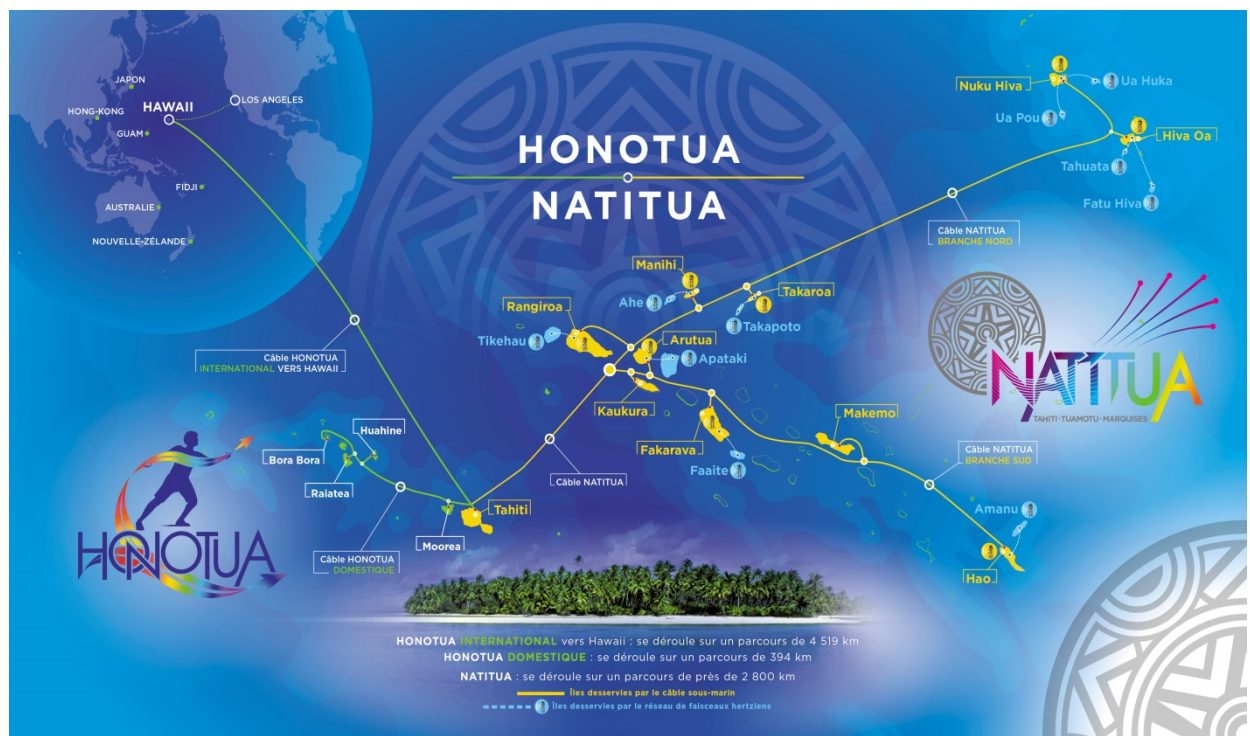
Le développement de la mise en place du câble Natitua devrait permettre de couvrir une grande partie du territoire polynésien dans les prochains mois. Le PC télé médecine pourrait être installé au centre 15 du CHPF pour la permanence h 24 - 7j/7j.

Encadré 2 : La mise en réseau

Le déploiement du réseau est pour partie dépendant du plan de renforcement du réseau domestique en connectant dix nouvelles îles de l'archipel des Tuamotu et des Marquises.

La liaison par le câble Natitua aux Tuamotu et aux Marquises est effective depuis le mois dernier sur dix îles de Polynésie (Hao, Rangiroa, Manihi, Takaroa, Kaukura, Arutua, Fakarava, Makemo, Nuku Hiva et Hiva Oa). Ces dix îles des archipels des Tuamotu et des Marquises, ont été sélectionnées en fonction des bassins de population. La récupération des capacités satellitaires s'effectuera au profit des îles australes de Tubuai et Rurutu".

Le coût des abonnements pour les accès par les réseaux ne sont pas encore complètement maîtrisé.



Les hôpitaux périphériques et les centres de soins primaires pourraient être équipés de chariot de télémédecine spécialement conçu pour la téléconsultation, l'acquisition et la transmission de données vitales permettant d'établir un diagnostic médical au plus près du patient.

Les îles dépourvues de présence médicale seraient équipées de stations de télémédecine sous la forme d'une valise de télémédecine spécialement conçue pour permettre l'acquisition et la transmission des données vitales d'un patient afin d'établir un diagnostic médical en n'importe quel point du globe et dans n'importe quelle circonstance.

Le coût d'un chariot de télémédecine est estimé à 15 000€ HT départ métropole ; celui d'une station de télémédecine est estimé à 12 000 € HT départ métropole.

Outre une éventuelle aide à l'investissement, la mission propose que le Pays puisse s'appuyer sur les expériences développées en métropole et outre-mer. L'appui technique de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui a déjà réalisé plusieurs travaux dans ce domaine¹²⁰, pourrait utilement être sollicité.

¹²⁰ Notamment « La télémédecine en action : construire un projet de télémédecine » (mars 2016) ; « la télémédecine en action : prise en charge de l'AVC » (mai 2014) ; « la télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe » (mai 2012).

- 3) par la participation à la prise en charge de la facture des transports sanitaires pour les urgences médicales inter-îles :

La prise en charge des urgences médicales, qui représente 10 % du total des évacués, appelle une attention particulière.

Pour la prise en charge de base, une convention est passée avec la compagnie aérienne Air Archipels, filiale d'Air Tahiti pour la desserte des îles disposant d'un aéroport. Air Archipels mobilise à ce titre des avions adaptés au transport sanitaire et deux pilotes en H24.

Les moyens civils ne suffisent pas à couvrir les besoins de transfert.

Le CHPF a produit le document suivant pour l'année 2016 qui fait apparaître que la facture de transports urgents est répartie presque pour moitié entre les moyens civils et les moyens militaires, alors que ces derniers n'ont représenté qu'un peu plus de 10 % des évacuations: en 2016 606 vols spéciaux ont été déclenchés par le SAMU. 77 ont mobilisé des moyens militaires.

Tableau 4 : Prise en charge en 2016 des urgences médicales inter-îles par des moyens civils ou militaires

	Vecteur	heures de vol	coût CFP	coût €
Moyens civils	Beechking 200	1 144	339 480 000	2 844 836
	Ecureuil	52	15 600 000	130 728
	Total	1 196	355 080 000	2 975 564
Moyens militaires	Casa	119	100 780 743	844 541
	Guardian	13	36 305 373	304 238
	Dauphin	129	177 721 265	1 489 301
	Total	261	314 807 381	2 638 080
Total		1 457	669 887 381	5 613 644

Source : *CHPF*

Les moyens civils tels qu'ils existent – avec leurs contraintes de disponibilité des équipages, de desserte des aéroports (aucun avion civil ne peut intervenir de nuit, certaines pistes sont trop courtes...), du temps d'intervention (4h pour les Marquises) – ne peuvent couvrir tous les besoins.

Les seuls moyens de recours en cas d'insuffisance des moyens d'Air Archipels sont les moyens militaires. En effet, il n'y a pas, au contraire des DOM et de la Nouvelle Calédonie, d'hélicoptères de sécurité civile ou de gendarmerie disponibles¹²¹.

Une convention passée le 23 mai 2016 entre l'autorité militaire et le haut-commissariat d'une part et le Président du Pays, le directeur de la CPS et le directeur du CHPF d'autre part, organise la mise à disposition de moyens militaires (2 hélicoptères Dauphin, 2 avions Guardian, 2 avions Casa, une Alouette 3) pour assurer des missions de transport aérien sanitaire "en cas d'indisponibilité, d'inadaptation, d'insuffisance ou d'inexistence des transports aériens civils". Les personnels

¹²¹ Annexe 6 carte des implantations des hélicoptères outre-mer dans le rapport Igas/Iga/cgefi/cga « les hélicoptères de service public : revue de dépenses » mai 2016.

médicaux embarqués lors de ces interventions sont ceux du SAMU, les personnels techniques (pilotes, mécanicien...) ceux de l'armée.

La mise en mouvement de ces moyens militaires concerne "des personnes dont l'état de santé nécessite un transfert en urgence avérée vers un établissement de santé ou pour transporter des organes". Elle ne peut être déclenchée par le CHPF "qu'après avoir épuisé les solutions civiles". L'examen des raisons du déclenchement des moyens militaires en 2017 montre que tel est bien le cas. En effet les 46 "déclenchements" des moyens militaires en 2017 se répartissent comme suit : dans 16 cas la piste d'atterrissage était absente ou fermée, pour 13 autres cas des Evasan étaient en cours, pour 9 autres cas l'appareil était indisponible, dans 4 cas la piste n'était pas éclairée et dans 4 cas ce fut un choix du Samu.

La facture de chaque transport militaire est établie sur la base des coûts horaires de l'instruction interministérielle 120 du 1^{er} octobre 2015 conformément au tarif horaire suivant : 1 h de Gardian : 2 792 703 F CFP (24 403€) ; 1h de Casa : 846 892 F CFP (7 097€) ; 1h de Dauphin : 1 776 76 F CFP (11 545€) ; 1h d'Alouette 3 : 1 089 730 F CFP (9 132€)¹²². Elle est adressée à la CPS ou au CHPF.

Le dispositif opérationnel fonctionne correctement aux dires des autorités intervenant dans ce dispositif. Il permet de réaliser des opérations d'évacuation parfois très complexes : récemment aux Gambiers pour réaliser l'évacuation depuis l'île sans piste où était le patient, il a fallu mobiliser conjointement un hélicoptère qui les a rejoints par étapes successives et un avion qui a pris le relais pour le rapatriement sur Tahiti depuis l'île accessible la plus proche.

La combinaison des moyens civils et militaires de transports pour les évacuations sanitaires inter îles urgentes génère pour la protection sociale polynésienne un surcoût de 670 MF CFP (5,6 M€). La maîtrise de ce coût dépend en premier lieu des choix d'organisation du Pays, mais du fait de la structure géographique du territoire, il ne pourra pas être annulé. Une contribution de la solidarité nationale serait donc justifiée au titre des surcoûts structurels. D'autant plus que la Polynésie n'a pas d'autre choix pour assurer toutes les urgences médicales que le recours à des moyens militaires payants¹²³.

S'agissant des Evasan internationales le surcoût lié à la prestation d'organisation des Evasan internationales et un soutien aux accompagnateurs des patients sont à considérer:

Les frais d'hospitalisation représentent les trois quarts du coût des Evasan internationales, les frais de transport 15 %¹²⁴.

Le nombre d'Evasan internationales vers la Nouvelle Zélande¹²⁵ est appelé à diminuer. En effet plus de la moitié des Evasan vers la Nouvelle Zélande concernent la cancérologie¹²⁶ en raison de l'absence d'un Tep scan au CHPF qui vient d'être autorisé.

S'agissant des frais d'hospitalisation, la convention de 2015 a prévu au titre des engagements de l'Etat la suppression du surcoût tarifaire de 30 % appliqué aux soins dont bénéficient les malades polynésiens hospitalisés en métropole. Cette mesure a été traduite dans la LFSS pour 2017 suivant

¹²² Ces tarifs viennent d'être révisés à compter du 1^{er} juillet 2018. La notification a été faite au directeur de la CPS le 16 juillet dernier. 23 evasan ayant déjà été facturées aux tarifs de 2017 pour 627 543 € un titre de perception de 37 236 € a été émis pour couvrir la facturation aux tarifs 2018 de 664 775€.

¹²³ L'écart total de coût est, en 2016 de près de 2M€ si le SAMU avait pu utiliser, pour les urgences médicales, uniquement des moyens d'Air Archipels.

¹²⁴ Pour 2017, source CPS.

¹²⁵ 204 Evasan vers la Nouvelle Zélande en 2017, 163 en 2014.

¹²⁶ Ce pourcentage n'était que de 27 % en 2013.

l'article 82 mais n'est pas encore effective notamment pour les facturations émises par l'AP-HP, qui constituent le principal des soins délivrés en métropole.

Une convention passée entre la CPS et Europ assistance Océanie signée le 12 mars 2018 confie à celle-ci l'organisation administrative, logistique et médicale des Evasan internationales.

Pour réduire les coûts des soins Europ assistance doit réaliser une "prestation d'expertise médicale en métropole". De cette prestation, retenue pour une durée d'un an, une économie de 50MF CFP (419 000 €) est attendue.

Pour les frais de transport, on peut escompter que l'amélioration de la desserte aérienne (nouvelles compagnies desservant Papeete comme Frenchbee et dès mars 2019 United à partir de San Francisco) permettra d'en réduire le coût.

L'ensemble de ces mesures relève des compétences de la Polynésie française.

La gestion complexe des Evasan internationales engendre des surcoûts de logistique médicale particuliers. Suivant la convention précitée cette gestion comprend en particulier la mise à disposition d'une escorte médicale et d'un matériel médical "adapté aux spécificités des évacuations sanitaires longue distance" (pas moins de 20h entre l'aéroport de Faa et Roissy) la logistique spécifique du vol avec "la mise en place de civières, d'oxygène ou autres moyens spéciaux" ainsi qu'"une évaluation médicale systématique du patient avant son retour".

Le coût total de la prestation d'Europ assistance représente 6 % environ du coût total des Evasan internationales, soit en 2016 255,4 M F CFP (2,1 M€). Selon l'annexe tarifaire de la convention le coût par dossier d'Evasan médicalisée (médecin et infirmier) vers la métropole est fixé à 1 055 501 F CFP (8 845 €). Seule une part de ce coût correspond au surcoût de logistique médicale lié aux longues distances.

La mission estime par ailleurs que les difficultés liées à l'accompagnement du séjour en métropole doivent être prises en considération. Près des deux tiers des patients sont accompagnés. La ligue contre le cancer a énoncé les graves difficultés que rencontrent en métropole le patient et son accompagnateur en raison de la longueur du séjour d'une durée moyenne d'un mois et demi et de ses conséquences en termes de déracinement, de coûts d'hébergement, ou d'interruption d'activité...L'assemblée de Polynésie a produit un rapport sur les Evasan internationales dans lequel elle relève dans le même sens que « si les performances médicales et logistiques du dispositif sont avérées et reconnues, le traumatisme psychosocial généré par cette situation n'est pas pris en compte à la hauteur des attentes de Polynésiens principalement les malades ou les accompagnateurs touchés par cette épreuve. »¹²⁷

La Polynésie a créé des antennes à Paris et en Nouvelle Zélande. L'accompagnement fait partie de leurs missions. Le coût en 2017 de ces deux antennes qui mobilisent au total six agents à Paris et deux en Nouvelle-Zélande s'élève à 70MF CFP (0,6M€) par an

Recommandation n°2 : Envisager la prise en charge par l'Etat d'une partie du surcoût des frais de transport des evasan inter îles et des frais indirects des evasan internationales

¹²⁷ P 10 du rapport 2018 de la mission d'information de l'Assemblée sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle Zélande et de leurs accompagnateurs.

4 LA PREVALENCE ACCRUE DE CERTAINES PATHOLOGIES EST SOURCE DE SURCOUTS

4.1 La détermination de prévalences accrues nécessiterait des études épidémiologiques exhaustives qui n'existent pas actuellement

La production de données de santé en Polynésie reste un exercice difficile en raison d'un système d'information disparate et d'une absence de ressources stables dédiées à la production statistique en santé. La dernière production des « Comptes de la santé » date de 2016 et porte sur la période 2010-2015 pendant laquelle aucune étude n'avait été produite.

Cette situation illustre les difficultés du Pays à produire une information annuelle fiable et détaillée, qui s'explique pour partie par un moindre accès à des compétences techniques rares et coûteuses, mais également par la faible priorisation de ces sujets dans les orientations stratégiques. Le Pays est tributaire des productions de données de santé de la CPS, qui dispose des outils et des compétences nécessaires, mais qui n'offre qu'une vue partielle des dépenses de santé en Polynésie, quand elle rend ses données pleinement accessibles.

L'accès à des données fiables, récentes, et exhaustives est une condition nécessaire à une bonne conduite des politiques publiques de santé, et un enjeu essentiel des réformes attendues de la branche maladie de la PSG.

La fonction épidémiologique, complément indispensable aux données financières, est en cours de structuration, un médecin épidémiologiste a été recruté à la direction de la santé à cette fin. Une enquête « STEPS » (surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles) avait été réalisée en 2010 avec le concours de l'OMS Pacifique, elle devrait être actualisée en 2019. Un tableau de bord, qui regrouperait et normaliserait des données aujourd'hui dispersées¹²⁸, est envisagé pour 2020, avec le concours de l'AFNORS et de l'ISPF.

Recommandation n°3 : Mobiliser au ministère polynésien de la santé les moyens en expertise permettant une connaissance fine et actualisée de l'état de santé et des dépenses de santé

Recommandation n°4 : Mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique et les systèmes d'information au profit de la Polynésie pour développer les études et analyses sanitaires, sociales et épidémiologiques

Recommandation n°5 : Ouvrir un accès direct pour le ministère et l'ARASS aux données de santé de la CPS

4.2 Selon l'INVS la situation sanitaire en Polynésie est marquée par les pathologies liées au comportement à risque

Depuis 30 ans l'espérance de vie a augmenté de 11 mois pour atteindre 77 ans en 2017. Elle est de 79 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes (données INSEE), niveau équivalent à celui de la Nouvelle Calédonie mais inférieur d'environ 5 ans à la France métropolitaine (85 pour les femmes et 79 ans pour les hommes).

¹²⁸ Il n'existe pas, par exemple, de dossier patient informatisé commun aux hôpitaux de la direction de la santé et au CHPF

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, organe de publication de l'INVS, a publié en 2016 un article sur les causes de décès en Polynésie française couvrant la période 2005-2010¹²⁹. Selon l'étude, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les causes externes de blessure ont été responsables de 6 décès sur 10. L'état de santé de la population polynésienne est préoccupant s'agissant des pathologies liées à des comportements à risques, qui se développent de façon inquiétante (obésité, maladies cardiovasculaires, diabète, cancers ...). A titre d'illustration, la récente (2016) enquête de l'OMS indique que 22,7 % des hommes et 31 % des femmes en Polynésie sont en situation d'obésité sévère.

Sur le plan de la santé mentale, la dernière enquête « Santé mentale en population générale », de 2015 met en évidence les particularismes du territoire polynésien, avec le développement des addictions, des troubles psychiques liés aux violences qui se déroulent majoritairement au sein de la cellule familiale (70 % des actes, et des dépressions (20 % des personnes interrogées disent avoir déjà présentées des symptômes dépressifs, contre 13 % en France métropolitaine) et du suicide qui touche particulièrement les jeunes.

4.3 L'étude du dispositif Longue Maladie permet d'identifier certaines pathologies, mais ne fournit pas une méthodologie suffisamment robuste à l'évaluation des surcoûts

La Polynésie a mis en place un régime dit « longue maladie LM » analogue au dispositif d'Affection Longue Durée (ALD) des assurés du régime général de sécurité sociale. Ce régime s'applique au malade atteint d'une affection figurant sur une liste de 30 pathologies (prévue à l'article D. 322-1 du CSS). L'assuré bénéficie alors d'une meilleure prise en charge financière de ses dépenses : 95 % du tarif de responsabilité de la CPS pour les consultations et visites à domicile d'un médecin, et 100 % pour les autres actes.

Les données collectées par la CPS fournissent une base de données de santé significative. En 2016 55 787 patients sur la liste des longues maladies pour 40 729 personnes distincts (un même patient peut combiner plusieurs affections). La proportion de patients en longue maladie est équivalente en Polynésie (16,8 % des assurés PSG¹³⁰) et en France (16,9 % des assurés).

De fait, et il s'agit là d'un premier biais méthodologique significatif, l'existence de surcoûts implique nécessairement celle de « sous-coûts » que la mission n'a pas traités car hors du champ d'investigation prescrit par la lettre de mission.

La mission a tenté d'identifier les surreprésentations caractéristiques de la Polynésie au sein des LM en comparant la prévalence des pathologies avec celle du dispositif ALD en France métropolitaine. Cette méthode présente néanmoins certains biais méthodologiques.

- 1) Les données relatives aux pathologies des listes LM/ALD ne sont pas des données épidémiologiques mais le résultat de procédures d'admission. Ainsi la prévalence de l'hypertension, au sens épidémiologique (HTA connue et traitée), est de l'ordre de 30 % en métropole¹³¹, bien supérieure aux taux d'admission à l'ALD et la LM.

¹²⁹ Yen Kai Sun L., Ghosn, Rey G. Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(10):183-95. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/10/2016_10_2.html

¹³⁰ 40 729 personnes distinctes pour 241 989 assurés aux régimes de la PSG en 2016. Pour la métropole, données de l'assurance maladie

¹³¹ Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J, Olie V. « L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006 ». http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/10/2018_10_1.html. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(10):170-9.

- 2) Les données n'ont pas été standardisées selon l'âge des patients, dont la structure est très différente entre les ALD en métropole et les LM en Polynésie où les patients sont beaucoup plus jeunes. En 2016 22,9 % des patients LM ont moins de 20 ans, contre 4,6 % en ALD, et 63,0 % des patients ALD ont plus de 60 ans, contre 30,0 % des patients LM en Polynésie.
- 3) Une comparaison entre les données issues des LM et celles des ALD ne serait méthodologiquement robuste qu'à condition d'une parfaite correspondance entre les nomenclatures des maladies et les conditions d'admission, ce qui n'est pas le cas. A titre d'illustration, sur deux pathologies prévalentes :
- L'hypertension artérielle : l'ALD 12 hypertension artérielle sévère n'est sans doute pas superposable à la LM hypertension artérielle. Nombre d'hypertendus en métropole ne sont pas éligibles à l'ALD 12.
 - L'insuffisance respiratoire chronique grave : cette affection ne semble pas isolée dans la nomenclature des LM sauf à assimiler les affections pulmonaires nca à l'insuffisance respiratoire. En toute hypothèse la mesure du « sur risque » paraît trop importante pour pouvoir être validée.

Tableau 5 : Pathologies les plus prévalentes (/100 000) sein de la liste ALD et LM (2017)

Affections Longue Durée (ALD, France)		Longue Maladie (LM, Polynésie)	
Diabète de type 1 et diabète de type 2	4356	Hypertension artérielle	4 470
Tumeur maligne	3460	Diabète sucré	3 913
Affections psychiatriques de longue durée	2261	Affection pulmonaires nca	2 978
Maladie coronaire	1956	Autres maladies cardio-vasculaires	2 533
Insuf. cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	1826	Tumeur Maligne	2 203

Source : CPS pour les LM et prévalence en % du nombre d'assurés CPS, Ameli pour les ALD

- 4) Enfin, même si une prévalence accrue était identifiable, la transposition en « surcoûts » nécessiterait de standardiser les dépenses de prises en charge et d'éliminer notamment l'effet de facteurs structurels qui ne sont pas constituent pas à proprement parler des surcoûts (modalités de prise en charge, prix des médicaments ...). On constate par exemple sur le diabète une dépense moyenne ALD de 4 805 € contre 6 395 € (767 315 F CFP) en LM¹³² qui pourrait s'expliquer par une plus forte prise en charge ambulatoire en métropole.

Des sujets de santé publique peuvent être évoqués afin d'établir un bilan épidémiologique plus détaillé, mais qui restera malgré tout incomplet

4.3.1 La mère et l'enfant

Un des principaux indicateurs en matière de périnatalité, le taux de mortalité infantile¹³³, réputé stable en France et en métropole depuis 2005 (autour de 3,7‰ en France, 3,5‰ en métropole), atteignait encore 7,5‰ en 2012 en Polynésie. Ce simple chiffre montre l'écart important qui perdure entre le Pays et la Métropole. Des résultats fluctuants sur la période 2005-2012 rappelle la nécessité de fiabiliser les données. Le niveau actuel de mortalité infantile en Polynésie française se situe en

¹³² France : ALD Diabète en 2014, Cour des comptes / Polynésie : CPS données 2016

¹³³ Taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire pour 1000 naissances vivantes.

deçà des taux de tous les départements d'outre-mer (DOM), et au niveau des taux de la Métropole au début des années 90.

Le principal enjeu est le renforcement de la sécurité périnatale. Sur ce sujet le ministère de la santé polynésien invoquait dans sa réponse au rapport précité de la Cour des comptes comme principaux obstacles à l'amélioration des résultats la dispersion de la population et la densité insuffisante en professionnels. Il s'agit bien d'un handicap structurel clairement identifié.

Le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 évoque assez discrètement le sujet à travers une seule action qui vise à mettre en place un réseau de santé périnatal piloté par la maternité du CHPF.

Le schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022 n'évoque pas explicitement la problématique de la sécurité périnatale.

Au cours de la mission la question de l'isolement des femmes enceintes en pré-partum dans les archipels a été évoquée. La surveillance des grossesses figure bien au rang des préoccupations des autorités sanitaires. Des mesures de rapprochement (transfert des femmes sur Tahiti) sont prises en cas de risques avérés. La mission n'a pas relevé l'existence d'une évaluation ou d'une mesure des résultats obtenus en termes de réduction des risques et/ou de baisse du taux de mortalité infantile périnatale.

4.3.2 Les infections à transmission vectorielle

Comme la quasi-totalité des territoires d'outre-mer la Polynésie française est touchée par les épidémies diverses causées par les virus propagés par les moustiques (dengue, chikungunya et zika). Ainsi "le nombre de cas entre mi-2013 et janvier 2014 a été estimé à un niveau compris entre 12 000 et 25 000"¹³⁴.

Comme l'a relevé l'Institut national de veille sanitaire en 2009, au début de la crise économique qu'a traversée ce territoire, le manque de ressources humaines s'est aggravé, privant ainsi le territoire de moyens de réponse aux crises sanitaires.¹³⁵

Le schéma de prévention et de promotion de la santé précise en préambule de l'objectif 7 : la lutte anti-vectorielle : "Lors des dernières épidémies d'arboviroses, maladies infectieuses transmises par les moustiques et liées aux virus Zika (2013-2014) et du Chikungunya (2014-2015), les entités publiques (le haut-commissariat, les communes et divers services du Pays) se sont mobilisées pour la lutte anti-vectorielle (LAV) afin de limiter la dissémination des arboviroses. Le Pays détient en effet la compétence de la gestion des problèmes de santé ; les mesures LAV peuvent être déléguées aux communes, et enfin l'Etat intervient dans la protection civile en cas de crise sanitaire. Une autre arbovirose due au virus de la dengue circule de façon endémique avec des poussées épidémiques lors de l'introduction d'un nouveau stéréotype."

4.3.3 La santé mentale

Les troubles à la santé mentale concernent un nombre croissant de Polynésiens et touchent majoritairement les populations les moins susceptibles d'avoir accès au système de soins. Les efforts de documentation sont rendus difficiles par l'absence de données fiables, en premier dans le PMSI hospitalier où seuls 20 % des actes sont précisément cotés. D'après les psychiatres interrogés par le

¹³⁴ "La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République p.30. Juin 2014

¹³⁵ Cour des comptes "La santé en outre-mer, une responsabilité de la République" – juin 2014 – p.31.

ministère de la santé, les consultations se répartiraient à proportion égale entre les addictions, les psychoses, et les dépressions.

4.3.3.1 L'état des lieux de la psychiatrie

La psychiatrie en Polynésie n'a pas emprunté la voie du modèle de la sectorisation développé en Métropole depuis les années 60. Les moyens spécialisés sont répartis entre le CHPF qui détient les moyens d'hospitalisation et l'ambulatoire dont l'existence sur l'île de Tahiti repose sur quelques praticiens libéraux. Aucune structure dédiée à cette discipline de type centre médico-psychologique (CMP), centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour et autres n'a été créé sur le territoire polynésien. Les moyens d'hospitalisation sont eux très en deçà de la norme métropolitaine même si celle-ci décroît régulièrement depuis des décennies sous l'effet du développement des prises en charge ambulatoire.

Un premier indicateur permet de mesurer le retard du territoire polynésien au regard des moyens de prises en charge de patients atteints de troubles psychiatriques. La densité de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie pour la France métropolitaine et les DOM est d'environ 86 lits pour 100 000hab en 2016¹³⁶. Extrapolée à La Polynésie, le territoire pourrait compter sur une capacité de 237 lits d'hospitalisation complète. Or, les lits de psychiatrie, concentrés au CHPF sont au nombre de 66 lits d'hospitalisation complète (et 17 lits d'hospitalisation de jour). Les moyens ambulatoires étant eux-mêmes réduits pour ne pas dire inexistant, on mesure l'ampleur du retard de développement de cette discipline.

Bien que méthodologiquement imparfait le rapprochement des effectifs de patients pris en charge de l'ALD n°23 pour la métropole et les patients pris en charge en longue maladie (LM) par la CPS en Polynésie confirme la très insuffisante prise en charge des patients. Ainsi la prévalence pour l'ALD n°23 Affections psychiatriques de longue durée est 2 261 pour 100 000hab¹³⁷ en France. Le nombre de patients inscrits en longue maladie pour troubles mentaux et du comportement est de 3526 selon la CPS, rapporté à 100 000 la prévalence parmi les assujettis à la CPS est d'environ 1400/100 000. Un tel écart malgré les réserves méthodologiques conserve sa signification.

Enfin, dernier indicateur, l'activité ambulatoire sommairement décrite dans le Plan de santé mentale 2019-2023 fournit les chiffres des files actives prises en charge par les structures publiques (CHPF à Tahiti et structures ambulatoires dans les archipels). Il est ainsi précisé que 1 327 patients ont été suivis au CHPF contre 832 dans les archipels en 2017 soit 2159 au total.

Les études sur le sujet comprennent une revue menée par l'association SOS suicide, avec la collaboration de l'OMS, l'enquête « Santé mentale en population générale », de 2015. Ces études ont permis d'établir des premiers constats épidémiologiques, tout en soulevant l'existence de difficultés méthodologiques liées au recrutement des échantillons de population. Toutefois ces études mettent en évidence les particularismes problématiques de santé mentale sur le territoire polynésien :

- les addictions et le recours précoce au cannabis. Les problèmes liés à l'alcool sont de l'ordre de 13 % en Polynésie française contre 4 % en France métropolitaine ;
- les troubles psychiques liées aux violences, qui se déroulent majoritairement au sein de la cellule familiale (70 % des actes) ;

¹³⁶ Calculée à partir des données DREES in Les dépenses de santé en 2017 Résultats des comptes de la santé Edition 2018

¹³⁷ CNAM-DSES

- de la dépression (20 % des personnes interrogées disent avoir déjà présentées des symptômes dépressifs, contre 13 % en France métropolitaine) et du suicide qui touche particulièrement les jeunes.

En synthèse l'offre de soins ne permet pas de répondre de façon satisfaisante à ces besoins. Le système est caractérisé par une prolifération d'acteurs sans lien entre eux, et favorise les ruptures dans la continuité des prises en charge. La psychiatrie adulte est concentrée sur l'hôpital (huit médecins). En zone de faible densité médicale, les infirmiers de pratique avancée s'estiment démunis face aux pathologies mentales. Enfin, on constate des difficultés culturelles à recourir à la consultation psychiatrique, notamment avec le médecin traitant, le recours spontané s'orientant plutôt vers le médecin spécialiste lorsqu'il est disponible, ou sinon vers la communauté (médecine traditionnelle, religion).

4.3.3.2 Un plan de santé mentale (2019-2023) devra répondre à l'urgence et à la nécessité

La mission peut donc partager avec le Ministère de la santé polynésien les constats et le niveau de préoccupation exprimés dans le Plan de santé mentale récemment élaboré.

Ce plan s'appuie sur les standards de l'OMS et a reçu l'aide technique du CCOMS de l'EPSM Lille-Métropole.¹³⁸

Si le document comporte quelques éléments budgétaires prévisionnels ceux-ci demeurent lacunaires et ne distinguent pas les coûts pérennes des coûts non pérennes (étude, formation, investissement immobilier). D'après les estimations faites par la mission à partir des données contenues dans le Plan la première année d'exécution suppose l'engagement de 862 M FCP soit 7,2 M€ (pérennes) et 620 M FCP soit 5,2 M€ principalement en investissement immobilier. Il s'agit d'un choix budgétaire important qui demande une confirmation et un engagement explicite des autorités.

Cependant et pour répondre à l'orientation proposée par la mission, l'Etat pourrait contribuer à l'engagement du Plan de santé mentale en participant au volet investissement pour une part à négocier dans le cadre de la convention.

Recommandation n°6 : Accompagnement du lancement du plan de santé mentale par l'Etat sous forme d'une participation à l'investissement.

4.3.4 Surpoids, obésité et diabète

Les maladies liées au mode de vie et à des comportements modifiables sont une des causes principales de décès en Polynésie. Ces maladies sont coûteuses et génèrent des inégalités en matière de santé des Polynésiens, impactant également sur leurs conditions de vie.

La prévalence du surpoids est de l'ordre 70 % et concerne toutes les classes d'âge y compris les plus jeunes¹³⁹. Le stade de l'obésité est atteint par 40 % de la population.

¹³⁸ Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, EPSM-Lille Métropole dirigé par le Dr Jean-Luc Roelandt.

¹³⁹ Avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé et des Centers for disease control and prevention, une enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans scolarisés en Polynésie française a été réalisée en 2016. Elle reprend le format des enquêtes « Global student based health survey » de l'OMS. Sur cette tranche de la population, elle permet de comprendre le comportement des jeunes polynésiens afin d'établir des priorités, des programmes et politiques de santé destinés aux jeunes et développer des outils destinés au milieu scolaire ; et de comparer les résultats de la Polynésie française aux autres nations et territoires du Pacifique.

La consommation de boissons sucrées est très élevée chez les enfants ; plus d'un tiers boit chaque jour une boisson sucrée contre 20 % en métropole. Notons que les autorités polynésiennes cherchent à agir sur le taux de sucre dans les boissons et se sont engagées dans la fiscalité comportementale¹⁴⁰. Le rapport de la Cour des comptes de juin 2014 relevait cependant que *"les nombreuses initiatives visant à améliorer l'offre alimentaire, la nutrition, l'activité physique se heurtent cependant dans les DOM-COM à la faiblesse des financements accordées par l'Etat (0,5 M€ d'études entre 2011 et 2013) et ses agences"*.

Le même rapport relève que "le volet santé du contrat de projets 2008-2013 entre l'Etat et la Polynésie française n'a pas pris en compte les problématiques du diabète et de l'obésité". La mission n'a pas trouvé trace de l'appui de la direction générale de la santé pourtant sollicité par la Polynésie française dans les engagements plus récents de l'Etat.

La morbidité pondérale a comme conséquence une prévalence élevée du diabète de type 2. Même s'il est difficile d'obtenir des données récentes et fiables sur le sujet, un document de la Direction de la santé du Pays daté de mars 2018 livre quelques informations précises datant cependant de 2012. Ainsi, selon ce document qui cite une enquête de l'ObEpi-Roche en 2012 le taux de prévalence atteignait 19,6 % en Polynésie contre 5,5 % en Métropole. Pour l'ensemble des DOM-COM la Cour des comptes dans son rapport de juin 2014 évoquait des taux doubles ou triples du taux moyen national.

Autre source, l'OMS dans un communiqué de presse publié le 11 octobre 2017 à l'occasion de la publication d'une étude menée par l'Imperial College London et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) révélait pour la population des enfants et des adolescents : "En 2016, c'est en Polynésie et en Micronésie que l'on constatait les taux d'obésité les plus élevés chez les garçons et les filles, les taux étant de 25,4 % chez les filles et de 22,4 % chez les garçons, ces régions étant suivies par le groupe des pays anglophones à revenu élevé, qui comprend les États Unis d'Amérique, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande et le Royaume-Uni."

Selon la CPS le taux de prévalence du diabète de type 2 reconnu au titre de la longue maladie était en 2017 de 3,53 % et le nombre de personnes atteintes et reconnues connaît un doublement tous les dix ans.

4.3.5 Les addictions

La lutte contre les addictions est une préoccupation du Pays comme de l'Etat.

La consommation d'alcools, le développement de la consommation et du trafic des drogues (le pakalolo et plus récemment « l'ice »¹⁴¹) engendrent de la délinquance mais également des conséquences sociales et sanitaires lourdes. Des actions de prévention comme de répression sont développées en plein accord entre les autorités : Pays, Haut-Commissariat, Procureur de la République.

Un comité territorial de prévention de la délinquance co-présidé par l'État (Haut-Commissaire et Procureur général) et le Pays est installé depuis 2016. Un 2^e plan de prévention de la délinquance pour la période 2018-2020 a été signé en novembre 2018 notamment pour réduire les pratiques addictives et prévenir l'apparition de l'ice et lutter contre la délinquance des mineurs.

¹⁴⁰ Cf. annexe 5. La taxe sur les boissons sucrées introduite en 2018 devrait rapporter 400 M F CFP (

¹⁴¹ Méthamphétamine. Un laboratoire clandestin vient d'être démantelé.

Le FIPD apporte environ 160 000 € par an au Comité local de prévention. Compte tenu de la situation, et des compétences de l'Etat en Polynésie il est recommandé d'amplifier les moyens de l'Etat.

S'agissant de la prévention et des soins, le Pays vient de mandater la Croix Rouge pour concevoir un établissement de lutte contre les addictions. L'appui technique des services de l'Etat pourra être recherché et il importe d'inscrire la Polynésie dans le plan national de mobilisation contre les addictions.

Recommandation n°7 : Inscrire la Polynésie dans les actions du plan national 2018-2022 de mobilisation contre les addictions.

4.3.6 L'insuffisance rénale chronique

Le cas de l'insuffisance chronique (IRCT) démontre les spécificités épidémiologiques polynésiennes.

En 2016, l'incidence globale de l'insuffisance rénale chronique en France¹⁴² est de 165 pmh (11 029 patients nouveaux). Selon la même source la prévalence de l'IRCT était pour la même année de 1262 pmh soit 84 683 patients dont 46 872 relevaient de dialyse pendant que 37 811 étaient porteurs d'un greffon. La proportion de dialysés au sein de la population métropolitaine appliquée à la population de la Polynésie conduit à estimer un nombre virtuel de dialysés à 190-200 patients ; or 418 personnes sont traitées en Polynésie tous modes confondus. Le chapitre consacré au DOM-TOM du rapport REIN déjà cité révèle une faible incidence et une faible prévalence de l'IRCT en Polynésie mais fournit immédiatement une justification par un défaut d'exhaustivité d'enregistrement des cas. Ceci conduit à aborder la question avec la plus extrême précaution.

Ainsi l'approche médico-économique de la prise en charge de l'IRCT en général et des traitements de suppléance (dialyse) en particulier demeure complexe et approximative.¹⁴³ Concernant la dialyse le coût moyen annuel calculé sur le coût global estimé par les autorités polynésiennes¹⁴⁴, très inférieur à la norme métropolitaine est d'environ 31 000 €/an/patient (valeur 2014). Tous modes de suppléance confondus le coût moyen annuel d'un patient en Métropole est d'environ 63 000 € (valeur 2016). Un tel écart conjugué au défaut d'exhaustivité évoqué *supra* conduit à réserver toute conclusion sur ce sujet.

Comme le mentionne le rapport REIN déjà cité l'incidence brute globale de l'IRCT dans l'ensemble des DOM-TOM invite à surveiller l'épidémiologie du diabète et de l'hypertension artérielle. La prévalence de l'obésité elle-même liée au comportement alimentaire de la population polynésienne est un autre facteur repéré de l'aggravation de l'IRCT. Le faible recours à la greffe, s'il perdure, ne fera qu'accentuer sa prévalence. Aussi une progression des coûts qu'il convient d'anticiper semble inéluctable et son ampleur est susceptible de compromettre durablement l'équilibre des comptes sur le risque santé.

Concernant l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) et les traitements de suppléance (dialyse), il conviendrait d'investir dans une étude épidémiologique et médico-économique approfondie de la situation et la construction d'hypothèses d'évolution.

¹⁴² Rapport annuel REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie) 2016 publié par l'Agence de biomédecine

¹⁴³ Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France – HAS, 2014 ; Rapport sur les comptes de la Sécurité Sociale, Cour des Comptes, septembre 2015

¹⁴⁴ Note de la Direction de la santé sur les bases de calcul des surcoûts structurels (46 M€) utilisées en 2014

4.3.7 Le rhumatisme articulaire aigu

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une maladie causée par une réaction immunologique à l'infection des voies respiratoires supérieures par certaines bactéries, streptocoques du groupe A (SGA), dits « rhumatogènes ». Cette infection entraîne une maladie inflammatoire aiguë qui ne touche que certaines parties du corps. Elle survient le plus souvent entre 5 et 14 ans et touche particulièrement certains groupes de population. L'atteinte des articulations, de la peau ou du cerveau ne laisse aucune séquelle. Les lésions du cœur particulièrement celles des valves mitrales et / ou aortiques peuvent être graves et définitives.

Le RAA est inscrit sur la liste des « longues maladies » et comptait 3 837 patients en 2017 ce qui en fait la 7^e LM. Sa prévalence est en augmentation régulière d'environ 5 % par an depuis 1995, date des premiers suivis. La pathologie affecte spécifiquement les îles du Pacifique. Ainsi l'Agence sanitaire de Nouvelle Calédonie indique sur son site que « *Dans 60 à 65 % des cas, la phase aiguë laisse place à une cardiopathie rhumatismale chronique (CRC). Première pathologie cardiaque acquise dans la population des jeunes adultes, la CRC constitue en Nouvelle Calédonie un problème de santé publique majeur.* Près de 70 % des personnes atteintes (en NC) ont entre 5 et 14 ans et 85 % moins de 25 ans.

Le coût annuel de la RAA pour la CPS s'est élevé à 649,5 MF CFP (5,4 M€) en 2015 pour les monopathologies, c'est-à-dire les patients dont le rhumatisme est la seule affection longue maladie listée. Il convient d'y ajouter également une partie des 726,8 MF CFP correspondant aux multipathologies, qu'il n'est pas possible d'évaluer précisément faute de pouvoir distinguer la part du RAA dans le coût global de toutes les pathologies affectant le patient.

4.4 Les cancers

Selon une étude déjà citée¹⁴⁵ : " *Les tumeurs étaient les premières responsables d'une mortalité prématurée importante (46 % des décès avant l'âge de 65 ans)*". Le conseil des ministres de Polynésie a adopté un plan cancer couvrant les années 2018 à 2022 le 14 juin 2017. Cette stratégie polynésienne de lutte contre le cancer comporte huit axes qui couvrent tous les champs d'intervention de la lutte contre le cancer : la compréhension du patient, l'observation de la pathologie cancéreuse, la prévention et le dépistage, l'organisation des soins et l'accompagnement du patient.

L'Etat participe à la prise en charge des cancers en Polynésie. L'accord « de l'Elysée » du 17 mars 2017 pour le développement de la Polynésie française prévoit ainsi un soutien de l'Etat au " *service d'oncologie du CHPF par un apport de 716 MF CFP (6 M€) sur trois ans en investissement en matériels et mise à disposition de trois médecins internes*". Outre le soutien spécifique au CHPF, l'Etat a également, aidé à la mise en place des équipements de chimiothérapie des hôpitaux de Taravao (185 647€) et d'Uturoa (780 821 €), d'un mammographe à l'hôpital de Taiohae (118 655 €), et d'un logiciel de gestion du registre des cancers (55 427 €) (cf. 2.2.2).

Par ailleurs, le projet de loi organique portant modification du statut d'autonomie de la Polynésie française comprend la confirmation de la reconnaissance, par l'Etat français, du rôle joué par la Polynésie française dans le développement de sa politique de dissuasion nucléaire et un rappel que leurs conséquences doivent être prises en compte dans tous les domaines (article 1^{er}).

Liste des recommandations de l'annexe 5

1	Réduire l'éventail des établissements métropolitains retenus pour accueillir les patients polynésiens.
2	Envisager la prise en charge par l'Etat d'une partie du surcoût des frais de transport des evasan inter îles et des frais indirects des evasan internationales.
3	Mobiliser au ministère polynésien de la santé les moyens en expertise permettant une connaissance fine et actualisée de l'état de santé et des dépenses de santé
4	Mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique et les systèmes d'information au profit de la Polynésie pour développer les études et analyses sanitaires, sociales et épidémiologiques
5	Ouvrir un accès direct pour le ministère et l'ARASS aux données de santé de la CPS
6	Accompagnement du lancement du plan de santé mentale par l'Etat sous forme d'une participation à l'investissement.
7	Inscrire la Polynésie dans les actions du plan national 2018-2022 de mobilisation contre les addictions.

ANNEXE 6

L'OFFRE DE SOINS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

1 L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE

1.1 Trois établissements, dont un public le CHPF, concentrent l'essentiel de l'activité de soins hospitaliers

La Polynésie française dispose de neuf établissements de santé :

Etablissement	Statut	Localisation
Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)	Public	Tahiti
Hôpital Te Tiare (rééducation fonctionnelle)	Public	Tahiti
Hôpital de Taravao	Public	Tahiti
Hôpital de Moorea	Public	Moorea
Hôpital de Uturoa	Public	Iles Sous-Le-Vent
Hôpital Taiohae	Public	Marquises
Clinique Cardella	Privé	Tahiti
Clinique Mamao	Privé	Tahiti
Clinique Paofai	Privé	Tahiti

1.1.1 Le secteur hospitalier a généré l'essentiel de la croissance des dépenses de santé

La consommation de soins et de biens médicaux sur la période 2010-2015 (date de la production de la dernière étude 'Comptes de la santé' disponible) a été portée par la forte hausse des dépenses hospitalières notamment du CHPF (+12,5 %) qui se montaient à 25,7 Mds F CFP, soit 215,5 M€.

Tableau 1 : Consommation de soins hospitaliers de 2010 à 2015 (MF CFP)

Soins hospitaliers	31 667	31 662	32 527	33 078	34 072	34 801
Public	22 846	23 192	24 292	24 783	25 380	25 699
Privé	5 992	5 839	5 329	5 652	5 790	6 126
Hors territoire	2 828	2 632	2 906	2 644	2 902	2 977

Source : *Ministère de la santé*

La consommation de soins hospitaliers reste toutefois modérée lorsqu'on la ramène au niveau individuel : les dépenses par affilié CPS se monte à 84 000 F CFP en 2017, soit environ 700 € / affilié / an en comparaison d'une dépense du double en métropole (1 400 € par an et par habitant¹⁴⁶).

¹⁴⁶ Consommation de soins et de biens médicaux, Tableau 1 p.33 in "les dépenses de santé en 2017-Résultats des comptes de la santé" -Edition 2018 - DREES.

1.1.2 Le CHPF est le principal établissement de l'île

Comme le montre l'état des capacités, activités et équipements figurant au schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, le CHPF concentre une majorité des capacités d'hospitalisation ainsi qu'une quasi-totalité des équipements lourds.

Les établissements publics implantés sur les différents archipels ont des vocations de soins de proximité. Seuls les hôpitaux d'Uturoa (Iles Sous-Le-Vent) et de Taiohae (Marquises) déploient une activité sur les disciplines de médecine chirurgie et obstétrique (MCO).

Le dernier état d'activité synthétique date de 2015. Il a globalement peu évolué – des autorisations ont été renouvelées fin 2017 – et permet d'apprécier le poids respectif des différents établissements. En outre l'ARASS a procédé courant 2017 à une mise à jour des autorisations.

Tableau 2 : Capacités, activités et équipements installés

Etat au 1er septembre 2015 des capacités activités et équipements installés et bénéficiant d'une autorisation											
Capacités (lits et places)											
Disciplines		CHPF	Clinique Cardella	Clinique Mamao	Clinique Paofai	Hôpital Te Tiare	Hôpital de Moorea	Hôpital de Uturoa	Hôpital de Taiohae	Hôpital de Taravao	Total
Médecine	Lits	190	34		37		12	20	8	13	
	Places	9	3		2						
Chirurgie	Lits	92	24		34			18	6		
	Places	6	15	5	10			4			
Gynéco-obstétrique	Lits	68	18		23			18	5		
	Places	23			3			2			
Psychiatrie adultes	Lits	64			4						
	Places				1						
Psychiatrie infanto-juvénile	Places	17									17
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	Lits					72			6		
	Places										
Soins de longue durée	Lits										21
Total	Lits	414	76		98	72	12	56	25	34	787
	Places	55	18	5	16			6			100

Tableau 3 : Equipements matériels lourds

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS			
Nature de l'équipement	CHPF	POLYSCAN	Total installés
Appareil d'IRM	1		1
Scanographe à usage médical	2	1	3
Angiographie numérisée "service imagerie"	1		1
Angiographie numérisée	1		1
Caisson hyperbare	1		1

Source : SOS 2016-2021

Plus récentes, les données de la CPS concernant les versements opérés au bénéfice des établissements de soins permettent d'appréhender les parts de marché des différents opérateurs de l'hospitalisation ainsi que la dynamique sur la période 2013-2018.

Tableau 4 : Recettes DGF et hors DGF des établissements de santé provenant de la CPS

Recettes PSG DGF et hors DGF des établissements de santé								
En MFCFP	2013	2014	2015	2016	2017	2018 proj	2018/2013	Part recettes 2018
CHPF	15 363	15 595	15 373	15 424	15 688	15 797	3%	77%
Clinique Paofai	1 372	1 354	1 387	1 535	1 490	1 489	9%	7%
Clinique Cardella	1 521	1 487	1 507	1 446	1 483	1 483	-2%	7%
Clinique Mamao	132	133	117	163	177	178	35%	1%
Totaux ETS soins privés	3 025	2 974	3 011	3 144	3 150	3 150	4%	15%
Centre Te Tiare Rééducation fonctionnelle	653	705	802	774	784	832	27%	4%
Totaux autre établissement	653	705	802	774	784	832	27%	4%
Hôpital Uturoa	283	378	389	398	388	410	45%	2%
Hôpital Taravao	165	176	161	120	124	218	32%	1%
Hôpital Taiohae	91	70	76	78	73	80	-12%	0,4%
Hôpital Moorea	29	28	29	58	60	60	107%	0,3%
Totaux ETS SANTE PUBLIQUE	568	652	655	654	645	768	35%	4%
Totaux SOINS ETS HOSPITALIERS	19 609	19 926	19 841	19 996	20 267	20 547	5%	100%

Source : CPS

Même si les chiffres ne couvrent pas la totalité des activités, à commencer par les prestations servies aux ressortissants de l'assurance maladie métropolitaine, ils sont représentatifs de la place occupée par chacun des opérateurs.

Concernant les parts de marché le CHPF attire plus des $\frac{3}{4}$ des dotations de la CPS. Le secteur privé commercial (15 % des dotations CPS) occupe une place nettement inférieure à la norme métropolitaine : 24 % des journées l'hospitalisation complète, 39 % si l'on agrège les établissements privés à but non lucratif.

1.1.3 L'activité des établissements privés est spécialisée

Le casemix 2017 produit par l'ARASS recense les 99 313 séances et séjours enregistrés en 2017 dans le PMSI par les établissements de santé publics et privés. L'inventaire utilise les nomenclatures de l'ATIH¹⁴⁷:

- la CMD (catégorie majeure de diagnostic) qui recouvre la totalité des affections relatives à un système fonctionnel, déterminé en fonction du diagnostic principal
- le GHM (groupe homogène de malades)

Le CHPF produit la quasi-totalité des séances (sans hospitalisation complète), qui représentent environ 1/3 de l'activité totale des établissements enregistrée dans le case mix (42 281 séances). Sur les 42 226 séances assurées par le CHPF, 62 % concernent l'hémodialyse :

¹⁴⁷ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Tableau 5 : Nombre de séances réalisées par le CHPF sur les trois principaux GHM (2017)

Hémodialyse	26 103
Chimiothérapie pour tumeur	5 692
Techniques complexes d'irradiation externe	9 270

Source : Casemix 2017

S'agissant des séjours (avec hospitalisation complète) la répartition globale entre secteur public et privé est plus équilibrée, même si l'on note de fortes disparités selon le CMD ou le GHM. Au total le secteur public réalise 56 % des 57 032 séjours. L'activité obstétricale et de néonatalogie qui représente 25 % de l'activité en séjours (13 921) se répartit entre le CHPF et les cliniques privés selon un ratio 60/40.

Le CHPF assure la quasi-totalité des séjours sur les diagnostics (CMD) les plus graves, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Parts des séjours du CHPF par CMD (2017)

CMD (catégorie majeure de diagnostic)	Part du CHPF	Nbre séjours
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	84 %	3097
Affections de l'appareil respiratoire	81 %	1995
Affections de l'appareil circulatoire	78 %	3162
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	78 %	716
Affections du système nerveux	76 %	2252
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	67 %	6879
Affections du rein et des voies urinaires	63 %	2889
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post partum	56 %	7042
MOYENNE 56 %		
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	54 %	4075
Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	51 %	1200
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	45 %	5539
Affections de l'appareil génital féminin	43 %	1658
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	42 %	997
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	39 %	3160
Affections du tube digestif	36 %	5953
Affections de l'œil	20 %	3938

Source : Casemix

Le CHPF intervient également en dernier recours sur les GHM les moins fréquents (moins de 1 000 séjours / an) :

Tableau 7 : Parts des séjours du CHPF par GHS de moins de 1000 séjours (2017)

GHM	Part du CHPF	Nbre séjours
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	42 %	997
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	78 %	716
Traumatismes, allergies et empoisonnements	75 %	633
Maladies infectieuses et parasitaires	90 %	581
Affections de l'appareil génital masculin	38 %	553
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	72 %	301
Maladies et troubles mentaux	98 %	222
Brûlures	100 %	66
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	97 %	60
Traumatisme multiples graves	100 %	35
Transplantations d'organes	100 %	18
Maladies dues à une infection par le V.I.H.	100 %	7
Anomalies détectées	100 %	4

Source : Casemix

Les établissements privés se sont spécialisés dans les interventions sur le cristallin et l'endoscopie digestive qui représentent une part importante de leur GHM.

Tableau 8 : Principaux GHM où le secteur privé est en position dominante (2017)

GHM	% des séjours	Nbre Séjours
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	88 %	2837
Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	95 %	1386
Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	99 %	637
Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	89 %	499
Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours - 2 jours	95 %	491
Autres interventions sur la main	78 %	489
Autres interventions extra oculaires, âge > 17 ans	79 %	453
Ménissectomie sous arthroscopie	97 %	344
Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité	100 %	321
Chirurgie esthétique	99 %	280

Source : Casemix ARASS

A noter que la clinique Mamao, dont l'activité s'est spécialisée dans l'ambulatoire et concentre son activité sur quatre GHM :

Tableau 9 : Principaux GHM de la clinique Mamao en nombre de séjours (2017)

GHM	% des séjours	Nbre séjours
Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	27 %	376
Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie, en ambulatoire	84 %	535
Ménissectomie sous arthroscopie	67 %	232
Séjours comprenant une endoscopie bronchique, en ambulatoire	94 %	166

Source : Casemix ARASS

1.1.4 Les hôpitaux de proximité

Plusieurs établissements publics de proximité complètent l'offre hospitalière. A l'exception de l'hôpital de Taravao qui est situé sur l'île de Tahiti et qui dessert la partie sud de l'île (Tahiti Iti) les 3 autres établissements sont implantés sur les archipels.

Concernant l'offre sanitaire déployée le périmètre de chacun de ces établissements est de fait limité compte tenu de leur taille et des ressources médicales affectées.

Tableau 10 : Périmètres des activités des établissements publics de proximité

Année 2017	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Long séjour	Urgences	Biologie	Radiologie
Taïohae	X	X	X	X	X	X	X
Taravao	X			X	X		X
Uturoa	X	X	X		X	X	X
Moorea	X		29 naissances en 2017		X	?	?

Source : Rapports d'activité 2017 fournis par la Direction de la santé

L'activité MCO des établissements de proximité y compris celle de l'hôpital d'Uturoa se situe en deçà d'une masse critique couramment admise. Ces établissements ne se justifient que par l'éloignement très important de structures sanitaires plus importantes. Leur maintien doit cependant être accompagné du réexamen attentif des conditions de sécurité offertes dans chaque discipline et de toutes les mesures accessibles et susceptibles d'en renforcer le niveau.

Tableau 11 : Activités MCO des hôpitaux publics de proximité

Année 2017	Lits installés	Entrées	Journées
Taïohae	25	690	2189
Taravao	10	635	2758
Uturoa	52	2798	8478
Moorea	13	985	2395
Totaux	100	5108	15820

Source : Rapports d'activité 2017 fournis par la Direction de la santé

1.1.4.1 L'hôpital Louis Rollin de Taïohae

L'établissement situé sur l'île de Nuku Hiva dessert l'archipel des Marquises, le plus éloigné de Tahiti avec l'archipel des Australes (environ 1500 km).

Il déploie une activité complète MCO et est donc doté des moyens et compétences en anesthésie, radiologie, biologie et pharmacie. Pour autant et comme les membres de la mission qui se sont rendus sur place ont pu le constater, le fonctionnement de cet établissement présente un niveau de précarité méconnu en métropole.

Pour autant il est le pivot de l'organisation sanitaire de l'archipel en liaison avec les autres structures comme les centres de santé, les infirmeries et les postes de santé. Ainsi il constitue la réponse aux prises en charge des pathologies les plus courantes ainsi qu'aux urgences vitales ou non. Pour cela il régule les évacuations sanitaires urgentes inter-îles des Marquises et aussi vers Tahiti (avec le soutien du SAMU et l'affrètement d'avions ou de bateaux).

L'activité obstétricale a connu aux cours des dernières années des aléas interrompant à plusieurs reprises l'activité. L'année 2018 est marquée par une moindre fragilité dans la continuité de son fonctionnement et devait enregistrer une trentaine d'accouchement (contre 17 en 2016).

Par ailleurs, l'établissement est impliqué dans les programmes de santé publique déployés en Polynésie.

Lors du passage des membres de la mission en novembre 2018, les responsables locaux ont pu exprimer leur souhait de réduire certaines contingences dans la gestion des moyens et des compétences indispensables. Ils ont particulièrement insisté sur la nécessité d'un équipement radiologique (scanner), le développement de la télémédecine grâce à l'arrivée de la fibre optique, le renforcement des moyens de transport au sein de l'archipel (hélicoptère et/ou moyens maritimes).

1.1.4.2 L'hôpital de Taravao

L'établissement situé en partie sud de Tahiti a un rôle de proximité plus classique étant implanté sur l'île de Tahiti comme le CHPF. Sa zone d'attractivité inclut 45 000 hab. environ et il déploie des activités de médecine polyvalente, d'accueil des urgences, de soins de longue durée et de consultations externes. Il est le pivot des activités découlant des plans de santé publique : protection infantile, médecine scolaire, centre de périnatalité, promotion de la santé...etc. Il accueille en outre les activités des médecins spécialistes de la Direction de la santé pour des consultations avancées, les psychiatres du CHPF, des spécialistes privés (cardiologue, pneumologue, chirurgien orthopédiste, la médecine du travail.

Ses capacités sont très modestes puisqu'il ne dispose que de 10 lits de médecine et 23 lits de SSR. En outre l'établissement prépare activement le développement d'une activité d'hôpital de jour.

Si le rôle de proximité de l'hôpital de Taravao n'est pas contestable et doit sans doute s'ancrer davantage dans le paysage sanitaire il doit privilégier les activités médicales ambulatoires les plus larges possibles pour une population de 45 000 hab.

1.1.4.3 L'hôpital d'Uturoa

Comme l'hôpital de Taïohae, l'hôpital d'Uturoa déploie une activité MCO complète avec une capacité de 52 lits soit le double de l'établissement marquisien et un volume d'activité en entrées et en journées au quadruple. Cette différence se justifie par une démographie de même proportion (9346 hab. aux Marquises contre 35393 hab. aux Îles sous le vent).

Situé sur l'île de Raiatea il dessert donc l'archipel des Îles sous le vent. Cet établissement dispose de 18 lits d'hospitalisation complète et 4 lits d'hospitalisation de jour en chirurgie, de 14 lits d'obstétrique complétés de 2 lits d'hospitalisation de jour, de 4 lits de pédiatrie (pour enfants de 0 à 13 mois), de 20 lits de médecine dont 4 lits pédiatriques.

Pour la chirurgie les données d'activité¹⁴⁸ traduisent une couverture chirurgicale de premier recours. L'ortho-traumato représente environ 35 % des actes, viennent ensuite la chirurgie septique (30 %), la chirurgie gynécologique (12 %) et le viscéral (un peu moins de 10 %). Le rapport 2017 évoque les mouvements des chirurgiens traduisant une fois encore la fragilité des organisations médicales des structures hospitalières polynésiennes. Le nombre d'évacuations sanitaires pour motifs chirurgicaux apparait modeste (32 pour l'année 2017 dont 10 par vols spéciaux) comparativement à l'activité chirurgicale déployée. Ceci peut signifier que le rôle de proximité dévolu à ce service de chirurgie est correctement assuré. Le même rapport annonce l'organisation de consultations avancées au sein de l'archipel afin de "recréer le lien entre les patients des autres îles et l'hôpital".

Sans atteindre les seuils requis en métropole, l'activité obstétricale se situe à un niveau qui écarte tout débat de légitimité sur le maintien de la structure. Le nombre d'accouchements se situe autour de 360/an. Le taux de césarienne est 12 % (43 césariennes en 2017), en dessous de la moyenne métropolitaine (20 %).

Le service de médecine polyvalente exploite 20 lits dont 4 lits pédiatriques. Le nombre de patients pris en charge en 2017 s'est élevé à 1044 dont 896 adultes et 148 enfants.

Les pathologies dominantes des patients pris en charge sont : les pathologies infectieuses, cardiologiques et le diabète et ses complications. Il est souligné une augmentation des patients poly pathologiques sans doute liée au vieillissement de la population. L'activité pédiatrique est qualifiée de fluctuante et donc difficilement prédictible. Les 2 lits de surveillance continue ont un taux d'occupation moyen de plus de 73 %.

Le rapport d'activité du service relève que peu de patients proviennent des autres îles des Raromataï (Huahine, Bora Bora et Maupiti) et déduit que l'hôpital ne joue pas complètement son rôle d'hôpital de proximité. Le développement des consultations avancées comme évoqué pour la chirurgie permettrait sans doute de corriger cette situation.

1.1.4.4 L'hôpital de Moorea

La situation sanitaire de l'île de Moorea a cela de particulier qu'elle ne souffre pas d'un éloignement très important puisque les liaisons maritimes de 5h20 à 16h45 chaque jour met Papeete et le CHPF à moins d'une heure de Moorea. Cependant la question demeure entière chaque soirée et chaque nuit.

Moorea est une île proche de Tahiti (à l'ouest de Papeete) peuplée de plus de 17 000 hab. pouvant atteindre 25 000 hab. compte tenu d'un tourisme important. Autre caractéristique de nombreux habitants de Moorea travaillent sur l'île de Tahiti et font le trajet entre les deux îles quotidiennement. Par ailleurs l'île de Maiao peuplée de 335 hab. est située à 82 km à l'ouest de Moorea. Outre l'hôpital implanté à Afareitu, 3 dispensaires constituent l'offre sanitaire publique sur l'île de Moorea. Le secteur libéral comprenait en janvier 2017 9 médecins généralistes, 1 cardiologue, 1 ophtalmologue, 1 radiologue, 2 sages-femmes, 9 IDE, 3 dentistes, 7 kinésithérapeutes, 3 orthophonistes, 2 psychologues, 3 pharmacies.

¹⁴⁸ Rapport d'activité année 2017

Les moyens d'hospitalisation comprennent 13 lits qui ont accueilli 918 entrées en 2016 et 985 en 2017 soit une progression de 7,3 %. Cette unité est encadrée par des médecins généralistes et des sages-femmes. Le rapport d'activité 2016¹⁴⁹ souligne un dysfonctionnement qui amène des malades de Moorea à encombrer des lits du CHPF alors que leur pathologie est cadrée et que l'hôpital pourrait les prendre en charge en soins de suite pendant que l'hôpital de Moorea gère des patients lourds dépassant le plateau technique et les compétences locales par manque de place au CHPF.

La situation au regard de l'obstétrique semble un peu confuse. Officiellement il n'y a pas de structure autorisant la pratique des accouchements. Cependant les bilans d'activité révèlent que 39 accouchements ont eu lieu en 2016 et 29 accouchements ont eu lieu en 2017. Le rapport du Dr BIAREZ déjà cité fait état d'une fermeture provisoire du centre de naissance depuis mai 2015. Il ne semble pas que cette question ait été clarifiée depuis. La présence de sages-femmes dans l'unité d'hospitalisation du site d'Afareaitu renforce la confusion.

L'activité d'urgence dans la présentation statistique qui en est faite doit être précisée. L'état statistique fourni par la Direction de la santé fait état pour 2017 de 6814 consultations et de 1899 passages aux urgences ce qui en moyenne journalière produit 13 consultations et 5 passages aux urgences. Le rapport précité fait état de 17 passages/jour aux urgences. Il serait sans doute plus exact d'afficher 13 consultations non programmées et 5 passages aux urgences.

1.2 Une situation capacitaire qui conduit aujourd'hui à une saturation de l'offre hospitalière

1.2.1 Les autorisations capacitaires relèvent désormais de la compétence de l'ARASS

La régulation capacitaire procède d'un régime d'autorisation dont l'objectif est de maîtriser le développement de l'offre sanitaire, de vérifier les conditions d'exploitation notamment des équipements lourds et enfin de réguler la tarification des prestations. Il a été instauré par délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

La compétence de régulation est désormais confiée à l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale depuis le 1^{er} septembre 2017¹⁵⁰, qui l'a reprise de la direction de la santé : « [Le bureau de l'ARASS] planifie l'organisation de l'offre de soins publique et privée et l'offre de structures d'accueil social et médico-social. A ce titre, il élabore des outils de planification sanitaire et sociale (schéma d'organisation sanitaire, carte sanitaire, schéma territorial de l'action sociale et médico-sociale...) ; il évalue leur mise en œuvre. ».

Les textes prévoient l'établissement d'une carte sanitaire mettant en œuvre les objectifs du Schéma d'organisation sanitaire. La publication de la carte ouvre pour les activités concernées les demandes d'autorisation. Une commission de l'organisation sanitaire (COS), présidée par le ministre en charge de la santé, émet des avis sur ces demandes.

Aucune révision de la carte n'ayant été entreprise depuis l'approbation du SOS 2016-2021, le Pays a souhaité rendre conforme la situation administrative de l'ensemble des installations, équipements et activités soumis à autorisation, en lançant début 2017 la révision de sa carte sanitaire. A l'issue de ce processus des arrêtés ont été progressivement pris concernant :

¹⁴⁹ Rapport annuel 2016 Formations sanitaires Moorea Maïao Dr Philippe BIAREZ Janvier 2017

¹⁵⁰ Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale.

- les indices des besoins pour les lits et places, pour les équipements matériels lourds et pour les activités de soins (arrêté n° 533 CM du 26 avril 2017)¹⁵¹
- les équipements matériels lourds et des activités (arrêté n° 337 PR du 27 avril 2017 concernant) ;
- les activités de soins "traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale" et "transplantations et greffes d'organes, tissus, cellules et produits du corps humain" (arrêté n° 377 PR du 24 mai 2017);
- les lits et places de soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, aux lits de soins de longue durée, et à certains équipements matériels lourds (arrêté n° 956 PR du 25 juillet 2018 concernant) ;
- les lits de néonatalogie (arrêté n° 1517 PR du 14 décembre 2018) ;

La mission n'a pas revu les modalités d'application de la procédure d'autorisation. Elle rappelle néanmoins que l'existence de contentieux et les conclusions du Tribunal administratif appelle la Polynésie à une application plus stricte de ses procédures. Le tribunal administratif de Polynésie française a annulé, par décision du 18 avril 2017, l'arrêté autorisant une association à but non lucratif à exercer sur le site du CHPF des activités de dialyse, au motif que la procédure d'autorisation avait été engagée selon des modalités irrégulières. De la même manière, l'arrêté limitant le transfert d'activités de la clinique Cardella a été annulé par décision du 16 octobre 2018 au motif que les objectifs opposés à la clinique ne figuraient pas dans le SOS.

De juillet 2016 à décembre 2017, l'assurance maladie/CPS a refusé d'honorer la facturation des actes réalisés sur un scanner 64 barrettes mis en service en juin 2015 en motivant une absence de visite de conformité suite à une autorisation délivrée le 29 avril 2016. La visite pourtant sollicitée par le CHPF n'a pu avoir lieu que le 11 janvier 2017 en raison de ressources insuffisantes de la Direction de la santé. La facturation rétroactive a cependant été refusée au CHPF. Le CHPF a tenu à préciser à la mission que la création de l'ARASS désormais en charge des autorisations a changé significativement les conditions de délivrance des autorisations. Pour le CHPF, le dossier des autorisations est à jour.

Toujours selon le CHPF, la procédure pourrait être améliorée en publiant en N-1 le calendrier des fenêtres de dépôt des dossiers pour l'année N. Enfin il semble que la réglementation doive être complétée de textes subséquents pour 13 des activités visées par l'arrêté n°527/CM du 21/07/2005.

1.2.2 L'offre du CHPF n'a pas évolué depuis 2016 et les taux d'occupation avoisinent 100 %

Les travaux du SOS 2016-2021 avaient mis en évidence un écart très important entre le taux d'équipement du CHPF et ceux de France métropolitaine. Pour rappel l'écart des capacités en médecine et chirurgie était de l'ordre de 30 %. La psychiatrie souffrait d'un retard encore plus important. Enfin le retard de déploiement de lits de SSR pesait sur les capacités en court séjour par un allongement subséquent des durées de séjour.

La mission a réitéré ce constat en l'absence d'évolution capacitaire au CHPF depuis l'élaboration du SOS en 2016. Mais si à l'époque les taux d'occupation ne traduisaient pas de saturation globale, selon les propres termes du SOS, la situation s'est depuis dégradée comme en témoigne les récentes données communiquée par le CHPF.

¹⁵¹ Modifié postérieurement par trois arrêtés : Arrêté n° 677 CM du 24 mai 2017, arrêté n° 2475 CM du 29 novembre 2018, arrêté n° 1271 CM du 20 juillet 2018

Tableau 12 : Taux d'occupation moyenne et durée moyenne de séjour au CHPF en 2018

	Taux d'occupation moyenne	Durée moyenne de séjour
MCO Hospitalisation complète	83,4%	6,15
dont Médecine	93,8%	5,49
dont chirurgie	94,8%	5,48
dont mère-enfant	74,4%	4,76

Source : *CHPF*

Le scénario d'une diminution naturelle du recours aux établissements de soins ne peut être retenue, compte tenu d'un taux de recours encore très inférieur à la Métropole, de perspectives épidémiologiques défavorables, et de l'accroissement et du vieillissement de la population polynésienne.

Trois solutions sont envisageables pour accompagner cette croissance de la demande : réduire les durées de séjour, poursuivre la recomposition capacitaire notamment en favorisant la création de lits de SSR et des places en HAD, et développer l'activité ambulatoire.

Le potentiel de réduction des durées moyennes de séjour n'a pas pu être évalué par la mission. La DMS au CHPF est de 6,15 jours en hospitalisation complète en MCO, contre 5,6 jours en France métropolitaine ; ces moyennes doivent être rapportées à l'activité de l'établissement au travers du casemix. Les données correspondantes d'IP-DMS n'étaient pas disponibles au CHPF et n'ont donc pas permis d'apprécier dans quelle mesure une réduction des DMS était envisageable compte-tenu de l'activité du CHPF. Il convient de rappeler que les sorties d'hospitalisation sont rendues compliquées en Polynésie par le manque de structure d'aval. Les risques que pose le retour à domicile de certains patients, par exemple résidant dans des îles éloignées, contraignent également le CHPF à augmenter la durée de certains séjours.

L'augmentation du nombre de lits par unité doit rester un objectif de moyen terme en raison du faible niveau des capacités par unité de soins au regard des standards recommandés pour une gestion optimum des ressources humaines soignantes (30 lits par unités). Le CHPF invoque une architecture intérieure faisant obstacle à des regroupements. Pour autant la constitution de plateaux de lits est prévue à l'horizon 2020-2021 après des aménagements préalables. L'examen des capacités des unités de médecine et de spécialités médicales révèle des possibilités de regroupement pour une meilleure efficacité (médecine interne -neurologie - gastroentérologie - pneumologie -cardiologie -néphrologie). Il sera toutefois difficile d'atteindre les normes métropolitaines car au-delà des limites architecturales, les missions de recours du CHPF l'obligent à détenir un panel d'activités supérieur à un établissement de même taille en métropole (ex : unité de neurochirurgie de 8 lits ou une unité de surveillance continue pédiatrique de 4 lits).

Comme le suggérait le rapport conjoint IGF/IGA/IGAS de juin 2014, la réduction du nombre de chambres individuelles comme levier de recomposition n'a pas été actionnée. La présente mission considère qu'il conviendrait d'y procéder.

Jusqu'en novembre 2018, le CHPF disposait d'une unité d'HDJ polyvalente de 15 places. Depuis cette unité a été scindée en une unité de chirurgie ambulatoire de 9 places et une unité de médecine ambulatoire de 6 places. Au-delà de ce changement de structure, le CHPF n'est pas en mesure d'afficher de prévisions et non plus d'objectifs chiffrés sur l'activité ambulatoire.

Le niveau affiché en chirurgie ambulatoire¹⁵², entre 21 % en 2016 et 22 % en 2017, révèle un retard important qui ne saurait perdurer. L'engagement des équipes du CHPF doit constituer un préalable à toute discussion sur le capacitaire global du CHPF.

Tableau 13 : Actes CCAM au bloc 2016 et 2017

	2016					2017				
	Externe	Hospit complète	Hospit de Jour	Total	% Hospit de jour sur total	Externe	Hospit complète	Hospit de Jour	Total	% Hospit de jour sur total
Syst Nerveux central périphérique et autonome	1	212	33	246	13,41	1	188	56	245	22,86
Ceil et annexes	230	403	167	800	20,88	195	361	193	749	25,77
Oreille		150	41	191	21,47		125	48	173	27,75
App Circulatoire	2	955	191	1 148	16,64	1	1 075	157	1 233	12,73
Syst immunitaire et hématopoïétique		111	19	130	14,62		166	24	190	12,63
App respiratoire		157	6	163	3,68		167	10	177	5,65
App digestif	1	1 466	843	2 310	36,49		1 428	739	2 167	34,10
App urinaire et génital		1 157	499	1 656	30,13	1	1 199	430	1 630	26,38
Actes concernat la grossesse et le nouveua-né		118	193	311	62,06	1	112	220	333	66,07
Glandes endocrines et métabolisme		119		119	0,00		112		112	0,00
App ostéoarticulaire et musculaire tête		117	14	131	10,69		105	26	131	19,85
App ostéoarticulaire et musculaire cou et tronc		215	38	253	15,02		233	56	289	19,38
App ostéoarticulaire et musculaire membre sup		729	86	815	10,55	1	666	84	751	11,19
App ostéoarticulaire et musculaire membre inf	1	936	37	974	3,80		977	51	1 028	4,96
App ostéoarticulaire sans précision topographique		201	145	346	41,91		201	162	363	44,63
Système tégumentaire et glande mammaire	3	1 920	184	2 107	8,73	3	1 831	190	2 024	9,39
Actes sans précision topographique		34	19	53	35,85		111	35	146	23,97
Total	238	9 000	2 515	11 753	21,40	203	9 057	2 481	11 741	21,13

Source : *CHPF*

Recommandation n°1 : Poursuivre et amplifier le processus de recomposition capacitaire.

1.2.3 Dans les archipels l'offre hospitalière ne peut pas être viabilisée

Au plan territorial, la concentration des ressources sur Tahiti et Moorea apparait clairement puisque les opérateurs publics et privés y concentrent environ 95 % des recettes provenant de la CPS.

Les hôpitaux publics de proximité mobilisent seulement 4 % de l'enveloppe pour 4 sites dont 3 sont situés en dehors de Tahiti. La délivrance de soins dans les archipels éloignés est assurée par des effectifs soignants affectés dans les îles par la Direction de la santé, sur le contingent du corps de l'État pour l'administration de la Polynésie française (CEAPF), comme détaillé dans l'Annexe sur les soins de « ville ».

La démographie des archipels est déterminante de la répartition de l'offre de soins hospitalière. La concentration de la population sur l'archipel des îles du Vent et surtout la dissémination d'environ un quart de la population sur des dizaines d'îles distantes entre elles et réparties sur 6 archipels n'ont évidemment pas autorisé une implantation équilibrée des structures hospitalières privées ou publiques.

Ainsi l'essentiel des lits se trouve implanté à Papeete, les moyens de recours sont exclusivement sur le site de Taone (CHPF). En dehors de l'île de Tahiti -Moorea, deux sites hospitaliers à savoir Uturoa (Raiatea) et Taiohae (Nuku Iva) complètent le dispositif. Les moyens limités de ces sites ne permettent pas de faire face à toutes les urgences vitales, ni de prendre en charge les pathologies lourdes et/ou complexes. Par ailleurs les effectifs médicaux, en rapport avec des volumes d'activité faibles, engendrent une précarité de la permanence médicale. Les évolutions technologiques qui supposent le plus souvent une concentration des moyens et des compétences ainsi que l'évolution des pratiques et des compétences médicales (hyperspécialisation) invitent à retenir des orientations

¹⁵² Les données communiquées à la mission concernent 2016 et 2017. Les données 2018 n'ont pu être fournies.

visant au renfort de la sécurité sanitaire compatible avec la dispersion de la population sur les archipels.

Plusieurs pistes sont envisagées pour une réduction des risques sans prétendre atteindre le niveau de sécurité d'une agglomération de la France métropolitaine.

Un pôle privé unique, une option stratégique et un projet à accompagner

L'offre hospitalière privée est constituée de trois établissements à caractère commercial. Aucun établissement privé à but non lucratif – équivalent des ESPIC en métropole - n'existe en Polynésie française.

Les deux principaux établissements en terme d'activités sont la clinique Cardella et la clinique Paofai, qui seules proposent des lits d'hospitalisation complète. La clinique Mamao est un centre médical qui a évolué en établissement de santé à la faveur du développement d'une activité chirurgicale exclusivement ambulatoire.

Le financement des cliniques est assuré conventionnellement par versement de la CPS d'une dotation globale de fonctionnement, régularisée par voie d'avenants annuels. En 2018 les dotations s'établissaient comme suit :

Tableau 14 : Dotations globales aux cliniques de Polynésie en 2018

Etablissement	Date convention	Dotation	Capacité	Effectif
Clinique Cardella	11 août 1986	1 396 MF CFP (11,7 M€)	66 lits et 22 places	162 ETP dont 120 médicaux et paraméd.
Clinique Mamao	1 ^{er} mars 2001	172 MF CFP (1,4 M€)	11 places chirurgie ambulatoire	13,5 ETP
Clinique Paofai	31 mars 2014	1 398 MF CFP (11,7 M€)	82 lits et 24 places	154 ETP dont 108 médicaux et paraméd.

Source : CPS

En complément des dotations, les professionnels de santé libéraux perçoivent leurs honoraires de consultations et d'actes.

Le mécanisme de répartition de la dotation CPS – que la mission n'a pu se procurer - est unanimement critiqué pour son manque de transparence. La clinique Cardella a instruit un contentieux administratif sur les modalités de calcul de sa dotation 2018 qu'elle estime erronée. Sans avoir pu vérifier ces allégations la mission a constaté les difficultés dans le dialogue de gestion entre les établissements et la CPS et d'un processus perçu comme une compétition entre les structures privées et le CHPF.

L'inadéquation de la situation immobilière des cliniques Cardella et Paofai commandent une implantation nouvelle. Le bâtiment exploité par la clinique Cardella, propriété de la CPS, a été construit en 1965 dans l'hyper-centre de Papeete. L'enclavement de la clinique dans un secteur urbain dense et difficile d'accès condamne toute solution de maintien du site sur le moyen et long terme, malgré des travaux d'adaptation et de mise aux normes. Sans possibilité d'extension la clinique Paofai rencontre des problèmes similaires.

Dans son axe 3 le SOS propose de créer un pôle privé unique. L'objectif assigné est le regroupement des lits d'hospitalisation complète et ne concerne donc que la Clinique Pao Fai et la Clinique Cardella.

La tentative opérée par appel à projet lancé le 26 mai 2017 à l'initiative du Ministère de la santé conformément à l'action 3.4 du SOS a échoué. L'appel d'offres a été déclaré infructueux après que les cliniques Pao Fai et Cardella aient présenté des dossiers séparés manifestant clairement leur opposition au regroupement.

L'appel d'offres a été passé dans des conditions qui ne permettaient pas la réception d'offres crédibles, en l'absence de cahier des charges détaillé et avec un délai de seulement un mois pour soumettre les candidatures, délai trop court compte-tenu de la complexité du projet.

Le choix d'implantation constitue un enjeu sur lequel promoteurs privés et autorités polynésiennes divergent. Le projet de la Clinique Cardella sur la commune de Punauia (à l'opposé de l'implantation du CHPF à Taone) se heurte à l'opposition du Ministère de la santé. Deux arrêtés du 27 décembre 2017 ont ainsi refusé les projets de création d'un pôle unique privé de la clinique Cardella, et celui porté par la SARL Polynésienne de santé, un nouvel acteur, sur le site de Tapeirui.

Les autorités demeurent déterminées sur le principe de regroupement dont les arguments rejoignent les points de vue exprimés dans de précédents rapports (rapport CTC, rapport IGF/IGA/IGAS). Le premier argument concerne la nécessité de contenir le capacitaire utilisé comme outil de régulation de l'offre. Le deuxième argument vise à la rationalisation des équipements sanitaires et des plateaux techniques en particulier ; ces derniers étant une source de coût. Le troisième argument porte sur la création d'une alternative crédible au CHPF, en clair, redresser un déséquilibre aujourd'hui pénalisant l'offre privée et restreignant le choix du patient.

L'échec de l'appel à projets conduit la mission à formuler des recommandations avant toute relance du processus. La prochaine tentative doit impérativement aboutir compte tenu de l'urgence de la situation tant en termes de modernisation des outils que de dynamisme dans l'évolution de l'offre de soins.

La puissance publique dispose en Polynésie de pouvoirs de coercition par le régime des autorisations et le financement des activités. Cependant si ces leviers sont inopérants, il conviendrait sans doute d'accompagner les acteurs qui respectivement se déclarent ouverts à la discussion. En amont de la relance d'un nouvel appel à projets il serait judicieux de désigner un cabinet spécialisé ou une autorité extérieure (médiation) afin d'aider les acteurs et les autorités à élaborer l'architecture juridique, foncière et immobilière, opérationnelle d'un tel projet. En amont et en préalable l'ouverture d'un chantier portant sur un projet médical partagé permettrait d'ouvrir à nouveau un dossier aujourd'hui totalement bloqué.

Recommandation n°2 : Missionner un cabinet ou une autorité indépendante afin d'accompagner le projet de regroupement des cliniques autour d'un projet médical commun partagé.

1.3 Le Centre Hospitalier de Polynésie française concentre l'offre de recours, peine à maîtriser son développement et connaît une situation financière dégradée malgré un artifice tarifaire

Pour appréhender la situation du Centre hospitalier de la Polynésie française, il convient d'en rappeler ses évolutions juridique, structurelle et médicale récentes, l'influence de l'histoire politique et institutionnelle du Territoire et enfin le poids des aléas économiques de la Polynésie française au cours de la décennie passée.

Son origine à la fin du XIXème siècle est avant tout marquée par un statut militaire (fondé par des médecins de marine en service colonial). L'établissement a été érigé en établissement public territorial administratif par délibération n°83-181 du 4 novembre 1983. Il est depuis cette date doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Son organisation, son fonctionnement et ses règles financières sont fixés par l'Arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988.

Dénommé Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) depuis 2003, il a opéré une profonde mutation en ouvrant son nouveau site de Taone. Ces nouveaux bâtiments, les équipements notamment médicaux qui l'accompagnent, ont exercé une attraction sur les compétences médicales qui a permis de constituer une réponse crédible aux besoins de la population. Cependant de nombreux facteurs semblent entraver des évolutions et des développements attendus.

Compte tenu du rôle et de la place de cet établissement, il est essentiel de lever les freins de son évolution et de ses développements en pleine coordination et coopération avec les autres structures hospitalières publiques et privées.

1.3.1 Le CHPF, outil majeur de la santé sur son territoire, seul établissement de recours, doit relever plusieurs défis

Le premier enjeu auquel le CHPF doit répondre est celui de son rôle de recours. Les établissements métropolitains qui ont une telle vocation sont essentiellement les CHU. Ces derniers compte tenu de leur triple mission (enseignement, recherche, soins) disposent d'équipes médicales nombreuses et de niveau universitaire. Le CHPF en raison de son assise territoriale et populationnelle est évidemment en deçà du seuil d'un CHU.

Le parangonnage avec des établissements métropolitains de même catégorie et de taille équivalente permet de situer le profil de l'établissement et de relever ses spécificités.

Tableau 15 : Etat comparatif du CHPF et d'hôpitaux de taille comparable (2017)

Etat comparatif 2017	CHPF	Tourcoing	Bayonne	Pau	Arras	Cayenne
Nombre de lits	423	428	479	476	359	414
Nombre de places	29	35	41	84	56	19
Niveau de maternité	3	2	3	3	3	3
Nombre d'ATU	33177	42981	37469	49817	40949	31462
Nombre minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	142	119	151	153	132	103
Nombre d'accouchements	1890	1534	1915	1334	1789	3348
Nombre de césariennes	386	232	302	327	446	901
Activité pour les interventions les plus fréquentes au niveau national						
Chirurgie du sein	81	21	144	173	109	7
Cataracte	353	786		1022		157
Arthroscopie du genou	51	189	349	162	178	17
hernie enfant	79	1	33	113	4	8
Résection transutérale prostate	31	48	198		19	1
Hernie adulte	152	125	285	242	181	107
Part activité CHU	2,30%	0,05%	1,10%	0,70%	0,40%	

Source : *CHPF*

Concernant les urgences, le CHPF se situe dans la moyenne basse de la série, ce qui est probablement dû au fait que la consommation de soins et le recours aux urgences ne sont pas les mêmes en Polynésie qu'en métropole. La situation est d'ailleurs identique en Guyane. Le nombre de racines de GHM, qui exprime la diversité de l'activité, est dans la moyenne.

Le nombre d'accouchements et le recours à la césarienne correspondent à des niveaux normaux.

En revanche l'activité chirurgicale du CHPF est en proportion plus élevée que la moyenne des établissements comparables, ce qui traduit la place particulière occupée par le CHPF, seul établissement de recours sur son territoire et une concurrence privée relativement limitée par rapport à des établissements métropolitains équivalents. Cela justifie également que les séjours et les actes relevant habituellement des CHU (greffe rénale, neurochirurgie...) sont plus traités au CHPF que dans les autres CH du panel.

1.3.2 Une gouvernance fortement empreinte de ces enjeux

Régi par un statut datant de 1988, le CHPF est dirigé conjointement par un conseil d'administration qui définit la politique générale de l'établissement, et un directeur qui la met en œuvre. Le conseil d'administration (CA) est composé de 13 membres et est présidé par le ministre de la santé. Le directeur est nommé par le gouvernement.

Les inspections, dans leur précédent rapport de 2014, et plus récemment la Chambre territoriale des comptes¹⁵³, ont relevé les difficultés de gouvernance rencontrées par l'hôpital. La Convention du 16 avril 2015 entre le Pays et l'Etat n'a pas évoqué explicitement ce point, qui n'a fait l'objet d'aucune évolution depuis cette date.

Une forme verticale de gouvernance prédomine et agrège les niveaux normatif, stratégique, programmatique, financier, managérial qui se retrouvent concentrés au niveau du Ministère de la santé. Ainsi le Ministre de la santé préside le conseil d'administration dont les délibérations sont examinées par le Conseil des Ministres pour approbation.

Le modèle tarde à se réformer même si les volontés sont réaffirmées. Ainsi la création de l'ARASS répond à la nécessité d'installer une régulation du système de santé, à l'instar des ARS métropolitaines. Cependant contrairement aux ARS, l'ARASS n'a pas de statut juridique consacrant son autonomie. Il s'agit encore d'un service du Ministère de la santé. La personnalité de son directeur ne peut constituer la seule garantie. Par ailleurs la faiblesse des moyens affectés¹⁵⁴ pour le moment à cette structure ne répond que partiellement aux ambitions affichées. De constitution récente il est encore trop tôt pour en faire un bilan.

Encadré 1 : L'ARASS - Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

L'ARASS est un service administratif dépendant du ministère de la santé créé le 26 juillet 2017. Son directeur général est M. Pierre Frébault.

L'Agence a pour mission de proposer les stratégies de politique publique ainsi que leurs financements dans les domaines de la santé, de la famille et des solidarités, de l'action médico-sociale et de la protection sociale. Elle a également pour mission de planifier, coordonner, évaluer et contrôler leur mise en œuvre.

Quatre bureaux la composent. Le bureau de l'administration générale assure la gestion budgétaire, financière, comptable et patrimoniale, la gestion des ressources humaines et la logistique du service. Le bureau de la planification est chargé de concevoir les politiques publiques, de coordonner leur mise en œuvre et de les

¹⁵³ Rapport d'observations définitives – Exercices 2013 à 2018 – octobre 2018

¹⁵⁴ 23 ETP selon le Directeur de l'ARASS lors de l'audition par la mission

évaluer. Le bureau de l'analyse financière définit les objectifs de dépenses dans les domaines sanitaire, social et médico-social. Enfin le bureau de la réglementation et de l'inspection chargé d'élaborer la réglementation et d'en contrôler l'application.

L'Agence s'est installé dans à Papeete dans l'immeuble LO. Son effectif, essentiellement composé de fonctionnaires territoriaux polynésiens, est fixé par arrêté à 26 ETP. Lors du passage de la mission l'effectif était quasiment complet (22 ETP selon l'ARASS).

1.3.3 Une situation financière qu'il est urgent de redresser

D'après les récentes données du rapport de la CTC la situation financière du CHPF se dégrade progressivement depuis 2014.

Tableau 16 : Evolution des soldes intermédiaires de gestion

	2014	2015	2016	2017	Différence	En %
PRODUITS D'EXPLOITATION	21 394 635 614	21 074 000 530	21 517 414 278	21 337 105 720	- 57 529 894	-0,3%
SOUS-TOTAL CHARGES	7 961 298 548	8 723 820 100	9 307 663 189	9 663 408 925	1 702 110 377	21,4%
VALEUR AJOUTEE	13 433 337 066	12 350 180 430	12 209 751 089	11 673 696 795	- 1 759 640 271	-13,1%
Autres charges	92 248 958	153 599 767	54 376 268	190 000 000	97 751 042	106,0%
Frais de personnel	11 875 820 323	11 700 652 601	12 092 147 287	12 105 361 091	229 540 768	1,9%
Autres produits	169 880 027	141 240 188	86 273 568	206 852 921	36 972 894	21,8%
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	1 635 147 812	637 168 250	149 501 102	414 811 375	- 2 049 959 187	-125,4%
TAUX D'EBE	7,6%	3,0%	0,7%	-1,9%		
Dotations aux amortissements et provisions d'exploitation	832 774 800	452 748 195	58 849 701	601 000 000	- 231 774 800	-27,8%
RESULTAT D'EXPLOITATION	802 373 012	184 420 055	90 651 401	- 1 015 811 375		-226,6%
RENTABILITE ECONOMIQUE	3,8%	0,9%	0,4%	-4,8%		
RESULTAT EXCEPTIONNEL	- 16 606 333	3 742 268	- 238 386 020	- 107 055 104	- 90 448 771	544,7%
RESULTAT FINANCIER	- 112 457 867	- 117 818 088	- 36 604 385	- 88 602 751	23 855 116	-21,2%
RESULTAT NET	673 308 812	70 344 235	- 184 339 004	- 1 211 469 230	- 1 884 778 042	-279,9%

Source : ROD CTC et CHPF

Les soldes intermédiaires de gestion sur la période 2014-2017 sont tous négatifs sous l'effet d'une croissance significative des charges, alors que les produits d'exploitation restaient stables. La valeur ajoutée a perdu 13 % et le résultat net d'exploitation est passé d'un excédent de 673 MF CFP (5,6 M€) à un déficit de 1 211 MF CFP (10,1 M€) en 2017. L'excédent brut d'exploitation qui se situait à un niveau satisfaisant en 2014 (+7,6 %) est devenu négatif en 2017 (-1,9 %) ce qui signifie que non seulement le cycle d'exploitation est déficitaire mais qu'il n'est plus en mesure de répondre aux besoins de financement de ses investissements. Une telle situation pour un établissement de métropole déclencherait la mise en œuvre de mesures de suivi et d'accompagnement du redressement (plan de retour à l'équilibre, inscription sur la liste des établissements suivis par le COPERMO¹⁵⁵).

Pour l'avenir, la révision des tarifs des soins appliqués aux assurés métropolitains, et la réintégration des amortissements immobiliers (voir ci-après) vont imposer une lourde charge au CHPF. La CPS pourrait être amenée à réviser à la hausse l'allocation globale des ressources au CHPF à travers un système d'allocation des ressources reposant en partie sur l'activité. De son côté le CHPF devra réaliser des efforts d'économies substantiels.

¹⁵⁵ Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

1.3.3.1 Une forte progression des charges

De 2014 à 2017 les produits d'exploitation ont stagné, se tassant même de 0,3 %. Sur la même période les charges ont progressé de 21,4 %. L'effet ciseau a ainsi provoqué une inversion brutale des résultats comptables de l'établissement.¹⁵⁶

Sur la période et au-delà il est observé une progression moindre des charges de personnel par rapport aux autres charges. Ainsi la part des charges de personnel sur les dépenses totales est passée de 64,8 % en 2000 à 55,1 % en 2017. Sur la même période longue la progression moyenne annuelle est de 3,85 % pour les dépenses de personnel contre 6,37 % pour les autres dépenses.

Sur les deux exercices 2016 et 2017, les plus documentés, on relève que ce sont les dépenses à caractère médical qui ont le plus augmenté. Ainsi en 2016, les achats qui représentent 24 % des dépenses ont cru de 7 %. Au sein de ces mêmes achats les dépenses pharmaceutiques ont augmenté 13,7 %, les fournitures pour laboratoires de 7,4 % en grande partie sous la pression de l'augmentation de l'activité de biologie (+6,1 % des actes). Cette même année les achats du service biomédical ont chuté de 12,1 % grâce à des renouvellements d'équipements devenus obsolètes et coûteux en maintenance. Les dépenses hôtelières et générales sont en revanche à la baisse (-6,2 % en 2016/2015) notamment grâce aux actions mise en place sur la consommation énergétique (électricité et fuel).

L'exercice 2017 présente les mêmes tendances. Une forte augmentation des dépenses médicales (+3,8 % pour 2017/2016) concentrée sur la consommation des spécialités pharmaceutiques (+131,5 MF CFP) et des consommables médico-chirurgicaux et de biologie (+26,3 MF CFP). La dépense en services extérieurs qui présente une hausse modérée de 2,2 % dissimule des mouvements plus importants. Sans doute un recours moindre à l'externalisation engendre une baisse de la dépense sur cette ligne de 23,8 MF CFP soit -12,1 %. Dans le même temps la hausse des dépenses d'entretien et réparation (+59,4 MF CFP) est concentrée sur les "matériels et outillages médicaux" pour 43,7 MF CFP.

En synthèse les résultats démontrent la capacité sur le long terme à réguler globalement les effectifs et les rémunérations du personnel hospitalier. Cette absence de dérive ne renseigne toutefois pas sur le niveau de productivité des différents secteurs de l'hôpital. Le développement des outils de gestion et le parangonnage avec les établissements métropolitains, lorsque celui-ci sera possible, permettront de combler ce manque.

1.3.3.2 Le financement du CHPF est déconnecté de son activité

L'observation des évolutions parallèles des charges et des produits de 2014 à 2017 met en évidence une croissance faible des produits parmi lesquels il convient de distinguer les produits issus de la dotation globale des autres produits.

Le financement du CHPF par dotation est déterminé par voie conventionnelle¹⁵⁷, revu annuellement par avenant. Deux dotations sont mises en place :

- la dotation principale finance les activités de soins avec ou sans hospitalisation en différenciant une dotation MCO et une dotation pour l'activité de psychiatrie.

¹⁵⁶ ROD de la Chambre territoriale des comptes 2013-2018 octobre 2018.

¹⁵⁷ Convention cadre du 25 octobre 1999

- la dotation spécifique est destinée au financement de contrats d'objectifs (COM) visant notamment à réduire le nombre d'urgences et d'évacuations sanitaires, ainsi qu'aux « médicaments onéreux » et aux « dispositifs médicaux implantables ».

Des financements hors dotations sont prévus sur certains actes (IVG, IRM ...).

Enfin, les soins dispensés aux ressortissants des autres régimes (sécurité sociale, CAFAT de Nouvelle-Calédonie ...) sont placés en dehors du champ d'application du système de dotation. Le CHPF applique à ces ressortissants un tarif journalier de prestations (TJP) fixé par délibération.

Pour 2019 les dotations ont été fixées à 13 363 MF CFP soit 112,2 M€, comme suit :

Tableau 17 : Dotations CHPF de l'avenant n°23 prévues pour 2019

Libellés	RGS	RSPF	RNS	TOTAL
DGF MCO	8 076 MF	3 668 MF	574 MF Dont intégration COM	12 318 MF 264 MF
DGF Psychiatrie	154 MF	740 MF	22 MF Dont intégration COM Dont nouvelles mesures	916 MF 90 MF 91 MF
<i>Dotation spécifique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cf. Avenant n° 14 à la convention-cadre du 20 juillet 2006 pour l'établissement de contrats d'objectifs relatifs aux missions en Polynésie française de spécialistes extérieurs. ○ Cf. Avenant n° 4 au COM relatif au Coaguchek. ○ Cf. Convention-cadre relative à l'établissement d'un COM relatif à l'implantation de valve aortique percutanée transcathéter (TAVI). 			
COM	86 MF	29 MF	14 MF	129 MF
TOTAL	8 316 MF	4 437 MF	610 MF	13 363 MF

Source : CPS

La dotation globale et les crédits accordés au titre des différents COM et versés par la CPS progressent de 2,9 % sur la période.

Tableau 18 : Evolution des produits d'exploitation 2014-2017 (MdF CPF)

	2014	2015	2016	2017	2017/2014
Total produits d'exploitation	21,4	21,1	21,5	21,3	
dont DGF&COM	13,1	12,6	13,5	13,5	2,9 %
dont Hors DGF	7,2	7,3	7	6,8	-6,0 %

Source : ROD CRC 2018

Les produits hors dotation et notamment ceux issus de la facturation aux non ressortissants d'un des régimes gérés par la CPS après avoir très fortement augmenté de 2011 à 2013 ont stagné et même légèrement régressé à partir de 2014 (-6 % de 2014 à 2017).

La gestion du CHPF doit rapidement pouvoir bénéficier d'un environnement budgétaire et tarifaire rénové pour aborder les nombreux défis qui sont les siens. Le système d'allocations des ressources de la CPS, sur dotation globale, ne répond pas aux besoins d'une gestion responsable, d'une transparence exigée et légitime et d'une visibilité nécessaire aux anticipations et corrections.

Une relation contractuelle directe et exclusive entre opérateurs et financeurs n'a jamais été un modèle retenu pour la Métropole. Bien au contraire les réformes successives ont établi une relation

triangulaire entre les opérateurs, des régulateurs et des financeurs le tout encadré par la puissance publique et le Parlement. La mise en œuvre de ces principes a été retenue parmi les réformes demandées aux autorités polynésiennes par la Convention de 2015. La création de l'ARASS a vocation à créer par substitution à la CPS une autorité de régulation sur les opérateurs de santé. Même privée de l'autonomie que lui donnerait un statut plus audacieux, cette création constitue une réelle avancée.

La mission considère que la mesure de passage à la T2A figurant dans la convention de 2014 n'est pas appropriée compte tenu du nombre très limité d'établissements en Polynésie qui ne justifie pas la mise en œuvre d'une solution aussi complexe techniquement.

Le CHPF s'est livré à des simulations de valorisation de l'activité en T2A¹⁵⁸. Ces données permettent d'approcher l'écart potentiel entre la dotation globale actuellement allouée par la CPS et une facturation au séjour. Le rapprochement de la DGF MCO projetée par la CPS pour 2018 (allégée des molécules onéreuses pour lesquelles un financement basé sur la consommation vient d'être rétabli) de la valorisation des séjours et séances en T2A assorti d'un coefficient géographique de 1,39 révèle une potentielle perte de recettes d'environ 1,9 Mds F CFP soit 15,8 M€.

Toutefois comme le souligne une note produite par un consultant missionné par le CHPF¹⁵⁹, datée de février 2017, il conviendrait dans cette hypothèse de vérifier que les financements annexes de type COM (financements complémentaires de la CPS) se superposent ou non aux dispositifs métropolitains (MIGAC¹⁶⁰, forfaits annuels divers etc.).

Recommandation n°3: Améliorer le système d'allocations actuel des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés en l'indexant plus directement sur l'activité et en le rendant plus transparent

1.3.3.3 La facturation des séjours et des séances aux affiliés des régimes d'Assurance maladie métropolitains doit être corrigée

La facturation des soins délivrés aux personnes affiliés à l'un des régimes de Sécurité sociale métropolitains repose sur un tarif de prestations conçu, pour ce qui concerne l'hospitalisation, sur une facturation à la journée et pour le reste sur un tarif spécifique au CHPF. Comme déjà observé précédemment (CTC, IGF/IGA/IGAS) la mission relève une série de hausses opérées de 2011 à 2015 qui ont considérablement augmenté les recettes hors CPS. En 2011 un quasi doublement a été appliqué sur la base de tarifs CPS. Puis une seconde hausse de 40 % en 2012 suivie d'une troisième hausse de 48-49 % en 2013. Ensuite des hausses de 2 à 3 % sur les années 2014 et 2015 ont clos un cycle de hausses avant une stabilité jusqu'à 2018 inclus.

¹⁵⁸ Tableaux de répartition par débiteurs du nombre et de la valorisation des hospitalisations et des séances pour les années 2015, 2016, 2017.

¹⁵⁹ M. Yves Gaubert

¹⁶⁰ Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Tableau 19 : Principaux tarifs de prestations appliqués par le CHPF (au 31/12/2018)

Spécialités	CFP	EUR
Réanimation	820 000	6 852
Cardiologie / Hématologie / Oncologie	530 000	4 429
Chirurgie / Gynécologie / ORL	455 000	3 802
Pédiatrie	365 000	3 050
Obstétrique	310 000	2 590
Médecine	285 000	2 382
Psychiatrie	240 000	2 006

Source : CHPF

Pour illustrer l'évolution des tarifs sur la période, une journée en médecine facturée en 2011 à 131 200 F CFP est en 2018 facturée à 285 000 F CFP soit 2 382 €. Sur la base d'une DMS en médecine (5,49 en 2018¹⁶¹) le séjour moyen sera facturé entre 11 940 € et 14 328 €. Le coût médian d'une journée d'hospitalisation de médecine dans les CHU était en 2016 de 879 €¹⁶². L'écart de facturation est donc dans un rapport de 1 à 3.

Les séjours en réanimation, réanimation néo-natale, USIC sont facturée 820 000 CFP à la journée soit 6 872 €. Selon les unités la facturation moyenne des séjours oscille entre 25 000 € pour l'USIC à 52 000€ pour la réanimation néo-natale. Le coût médian d'une journée de réanimation dans les CHU était en 2016 de 1859 €.¹⁶³

Le CHPF a simulé la perte de recettes qu'entraînerait l'utilisation de la T2A pour la facturation des prestations servies aux ressortissants des régimes d'assurance maladie métropolitains. En retenant l'hypothèse d'un coefficient géographique à 1,39 les recettes des séjours en hospitalisation complète 2017 auraient été valorisées à 967 712 750 F CFP alors que les recettes hospitalisation complète/tarif de prestations étaient estimées à 4 564 100 000 F CFP¹⁶⁴ soit un écart de 3 596 387 725 F CFP (30,1 M€). Il convient de ramener cet écart aux séjours des seuls assurés métropolitaines, à l'exclusion des patients (étrangers) relevant d'autres régimes, qui pourront continuer à être tarifés selon des modalités propres fixées par le CHPF ; il est ainsi ramené à 26,1 M€ pour les séjours d'hospitalisation complète. En intégrant les autres prestations (hospitalisation de jour et séances) conduit à une estimation de moins-value totale de recettes de 32,3 M€.

Recommandation n°4 : Rapprocher le traitement tarifaire des ressortissants de la sécurité sociale de celui des ressortissants de la CPS.

1.3.3.4 Une gestion patrimoniale et des investissements à assainir

Le nouveau bâtiment du CHPF sur le site de Taoane, ouvert en 2010 et financé par le Pays et l'Etat, a été réalisé par la société d'aménagement public Tahiti Nui Aménagement et Développement (TNAD), et, selon la convention du 31 mars 2011 entre le Pays et le CHPF, les bâtiments sont mis à disposition de ce dernier pour une durée de 99 ans. Le transfert de l'actif de TNAD au CHPF n'a toujours pas été réalisé, au motif de contentieux persistants sur l'opération. Cette situation a été relevée par la CTC

¹⁶¹ Source CHPF

¹⁶² Base interCHU analyse des RTC 2016 (retraitement comptable)

¹⁶³ Base interCHU analyse des RTC 2016 (retraitement comptable)

¹⁶⁴ Décision modificative 2 2017

dans son rapport récent¹⁶⁵ pour souligner les nombreuses malfaçons dont les corrections pourraient coûter, selon un audit d'avril 2017 (cité par la CTC), de 200 à 300 MF CFP soit 2,5 M€.

Exploité depuis octobre 2010, le bâtiment mis à disposition ne fait à ce jour l'objet d'aucun amortissement. La mission précédente avait évalué la charge annuelle à 1,3 MdF CFP soit 11,13 M€ sur la base d'un amortissement linéaire sur 30 ans en précisant que le Pays s'était engagé à supporter les charges d'amortissement des nouveaux immeubles. L'amortissement du bâtiment dans les comptes du CHPF ferait plus que doubler le déficit d'exploitation, d'un milliard de F CFP en 2017. La valeur comptable du bien devrait donc être à ce jour déjà amputée d'un peu plus du quart de sa valeur d'origine soit 89 M€.

Selon les dernières informations transmises à la mission, le processus de règlement de la situation serait toujours entravé par les contentieux portant sur la construction ; ces derniers n'auraient connu aucune avancée notable.

Faute de pouvoir pratiquer des amortissements le CHPF devrait, par mesure de prudence comptable, inscrire des provisions au bilan afin d'être en mesure d'assurer l'entretien du bâtiment et des installations. Néanmoins le CHPF n'ayant pas supporté le financement de l'actif immobilier, seul un provisionnement partiel des amortissements serait économiquement justifié.

Recommandation n°5 : Provisionner partiellement au CHPF l'amortissement de la partie immobilière des investissements

En dehors de la situation particulière en attente de règlement de la partie immobilière des investissements, les équipements ont connu depuis l'ouverture du site de Taone une évolution positive mais malgré tout tardive. Après des procédures engagées en 2011 et 2014 puis avortées ce n'est qu'en 2017 que le CHPF a initié l'amortissement des équipements et mobiliers du site de Taone sur la base d'un arrêté de décembre 2016.

La cession opérée à titre gratuit par TNAD¹⁶⁶ pour 7,2 MdF CFP et 0,3 MdF CFP par la Direction de la Santé à la valeur d'acquisition laisse entièrement la charge de l'amortissement à l'établissement. Si le retard dans l'amortissement peut paraître préjudiciable, il permet cependant à l'établissement d'inscrire des dotations aux amortissements autorisant le financement des plans d'équipement. Ces nouvelles charges, bien que nécessaires ont l'inconvénient d'entraver le redressement budgétaire attendu. Le processus risque de se renouveler lors de l'intégration du patrimoine immobilier pourtant souhaitable.

1.3.4 Les ressources humaines

1.3.4.1 Le personnel non médical, des effectifs à faire évoluer par la révision de l'organisation du temps de travail et la recomposition capacitaire.

Si la relative stabilité des effectifs que traduit une progression modérée des dépenses de personnel d'autres éléments font l'objet d'évolutions voire de dérives qui ont donné lieu à des observations et des critiques récurrentes.

L'organisation du temps de travail fait l'objet de remarques à travers un recours important aux heures supplémentaires et indemnités.

¹⁶⁵ Rapport d'observations définitives du 9 octobre 2018

¹⁶⁶ Tahiti Nui Aménagement&Développement

Pour les seules heures supplémentaires le montant de leur rémunération a progressé en moyenne de 5,8 % de 2013 à 2016 passant ainsi de 522 M FCFP à 618,432 M FCFP. 2018 semble marquer une inflexion puisque le montant communiqué à la mission est de 602,539 M FCFP. Il n'en reste pas moins que l'examen des données fournies par le CHPF révèle que 1127 agents en moyenne ont bénéficié d'heures supplémentaires chaque mois en 2018. Pour un montant moyen mensuel de 44 540 F CFP (maximum mensuel relevé 492 592 F CFP).

Les données fournies révèlent un système indemnitaire qui s'ajoute aux heures supplémentaires. Celui-ci a généré une dépense de 402 523 427 F CFP. Au total les rémunérations complémentaires (heures supplémentaires et indemnités) ont généré en 2018 des rémunérations pour un coût de 1,005 Mds F CFP. Pour repère, le montant prévisionnel du compte 641 Personnel non médical au Budget primitif 2018 était de 6,622 Mds F CFP. La part des heures supplémentaires et des indemnités dans la rémunération des personnels non médicaux n'est plus tout à fait accessoire.

Ces aspects devront faire l'objet d'actions de la part des autorités polynésiennes pour enrayer des dérives dommageables à l'équilibre financier de l'établissement. Combinées à des réductions d'effectifs rendues possibles par une recomposition capacitaire maîtrisée, l'Etablissement dispose d'une marge de manœuvre importante sur la période qui s'ouvre. Cette marge de manœuvre n'exclut pas une politique salariale toujours nécessaire pour faire évoluer les situations.

1.3.4.2 Les rémunérations médicales et le coût des gardes et des astreintes

Le personnel médical compte 275 ETP en 2017 incluant les sages-femmes. L'effectif a progressé de 2014 à 2017 de 6 %. Sur la même période le nombre de titulaires a diminué de 11 % pendant que les CDD progressaient de 41 % sur la même période.

Evoqués à la fois dans le rapport de la mission IGF/IGA/IGAS de 2014 et dans le ROD de la CTC d'octobre 2018, le coût et l'organisation des gardes et astreintes sont fortement critiqués. Le premier préconisait de réduire à la fois le nombre de lignes de gardes et astreintes et les indemnités auxquelles elles donnent lieu en ramenant le coefficient multiplicateur à 1.25 appliqué aux indemnités pratiqués en métropole. L'économie estimée en 2014 atteignait 461 M FCFP soit 3,9 M€.

Tableau 20 : Gardes et astreintes du CHPF

SERVICES	Garde	Astreinte		Observations
		Groupe 1	Groupe 2	
CTS		1	1	
Anesthésie	2			
Réanimation	1	1		Astreinte du weekend seulement +1 garde d'interne
Brulés		1		
Biochimie Médicale			1	
Biologie Médicale			1	+ 1 astreinte HLA la semaine non transformée
Cardiologie	1			
Coronarographie			1	
Angéiologie			1	
Chirurgie O		2		
Neurochirurgie		1		
Chirurgie Viscérale urodig		2		L'une des astreintes le weekend seulement
Gynéco-Obst (Médecins)	1			
Chirurgie vasculaire		1		
Hémodialyse	1			
Néphrologie			1	
Endocrinologie			1	
Gastro-entérologie			1	
Pneumologie			1	
Neurologie			1	
Médecine interne			1	
OPH		1		
ORL		1		
Stomato/Maxilo-facial		1		
Pédiatrie /Néonatalogie	1		1	Astreinte du weekend seulement +1 garde d'interne
Pharmacie			1	
Psychiatrie	1			
Radiologie/Scanner		1		
Urgences / SAMU*	12		1	
Caisson Hyperbare			1	
TOTAL	20	13	14	

* Organisation en temps médical continu : le salaire est versé sur la base de 13 ou 16 gardes effectuées suivant les cycles (4 ou 5 semaines).

Source : *CHPF*

Le nombre de lignes de garde amène à distinguer le cas des urgences car en effet l'établissement a choisi pour cette activité une organisation en temps médical continu et une rémunération basée sur 13 ou 16 gardes. Il s'agit certes d'une modalité locale spécifique mais qui répond au même mouvement de revendications des urgentistes qu'en métropole. Si l'on soustrait le service des urgences du total des lignes de garde, leur nombre n'est en rien excessif. L'absence de chirurgien et de neurochirurgien sur place constitue même une différence notable avec la plupart des établissements de recours de la métropole. Sur le nombre d'astreintes il faut distinguer le cas des chirurgiens évoqué précédemment pour considérer la vingtaine d'astreintes qui couvre les spécialités médicales, biologiques et radiologique. Celles-ci ne sont pas en nombre anormal compte tenu du rôle de recours assigné à l'établissement. La distinction de deux groupes distincts est une particularité polynésienne qui peut s'entendre à condition d'en préciser clairement les critères.

La rémunération des gardes et astreintes en Polynésie est fixée à un niveau très supérieur à la métropole :

Tableau 21 : Taux de rémunération gardes et astreintes PF vs Métropole

en €	Polynésie française	Métropole	coefficient multiplicateur
Garde	665	267,82	2,48
1/2 garde	337	133,90	1,52
Astreinte groupe 1	202	42,64	3,74
Astreinte groupe 2	152	42,64	3,56
1/2 astreinte		21,30	

Source : *CHPF & arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'Arrêté du 15 février 2017*

Plus que le nombre et la répartition des gardes et astreintes le barème interroge tant les disparités importantes contribuent à grossir la part de ses indemnités dans la rémunération du personnel médical comme le montre le comparatif des rémunérations moyennes ci-après (tableau 18). L'effet est cependant limité puisqu'il contribue à doubler le niveau moyen des indemnités versées par rapport aux praticiens exerçant dans les établissements comparables (CH).

La mission a pu entendre des acteurs concernés que cette question ne pouvait être détachée d'un sujet plus large concernant le niveau des rémunérations des praticiens hospitaliers. Sur ce point la CTC livre quelques éléments permettant d'apprécier les écarts pouvant exister entre la métropole et la Polynésie.

Tableau 22 : Rémunération moyenne CHPF par rapport aux CH et CHU Métropole

	CHPF	CH	CHU/CHR	Ecart CHPF/CH en %	Ecart CHPF/CHU&CHR en %
Traitement de base moyen					
XPF	10 067 935	8 151 993	8 375 298	23,5%	20,2%
€	84 369	68 314	70 185	23,5%	20,2%
Indemnités et primes moyennes					
XPF	4 756 176	2 377 255	1 720 179	100,1%	176%
€	39 857	19 921	14 415	100,1%	176%
Part (indemnités/traitement de base) en %					
en %	47,2%	29,2%	20,5%		
Rémunérations brutes moyennes					
XPF	14 824 111	10 529 248	10 095 477	41%	47%
€	124 226	88 235	84 600	41%	47%

Source : *D'après CTC ROD CHPF exercices 2013 à 2018 octobre 2018*

La lecture du tableau doit être assortie d'une réserve car il utilise des données 2016 du CHPF contre des données 2013 pour les établissements de métropole. Ceci conduit à réduire les écarts lus entre Pays et Métropole.

Les écarts sur rémunération brute moyenne (respectivement de 41 % et 47 %) sont les résultantes d'écarts très différents entre traitement de base et indemnités et primes. Ainsi les traitements servis en Polynésie s'écartent de 23,5 % et 20,2 % des traitements servis en CH et en CHU.

Recommandation n°6 : Revoir le dispositif de rémunération des gardes et astreintes, générateur de pratiques individuelles peu contrôlées (transformations des astreintes en gardes) et d'iniquité.

1.3.5 Une performance hospitalière à améliorer

1.3.5.1 Par la mise en place d'indicateurs et leur exploitation

La mission s'est confrontée à une insuffisante documentation de la gestion de l'Etablissement. Il apparaît de façon indiscutable que le placement du CHPF hors du "droit commun" national n'a pas été incitatif à développer ses outils de mesure et de contrôle de gestion. Par ailleurs son placement hors du périmètre d'observation nationale l'a exclu des systèmes de collecte d'informations ce qui complique le travail de parangonnage devenu essentiel à toute évaluation. En l'état de la production de l'information, les approches sont nécessairement approximatives, toujours susceptibles de biais de mesure ou d'interprétation.

Si la production d'une comptabilité analytique demeure une priorité, bien d'autres indicateurs devraient être instaurés et s'inscrire dans une transparence accentuée. Enfin, le CHPF devrait s'inscrire dans la collecte nationale des données sur la gestion des établissements de santé. C'est ainsi que complémentairement à la production du PMSI et à sa communication à l'ATIH, l'établissement devrait fournir (annuellement) les données concernées par la SAE¹⁶⁷.

Le PMSI demeure un instrument précieux et fiable au regard des nomenclatures internationales et doit donc demeurer l'outil de mesure de l'activité qui a d'ailleurs d'autres applications que la facturation. De plus il rend possible le parangonnage à l'échelle nationale via l'ATIH¹⁶⁸.

Recommandation n°7 : Intégrer le CHPF dans les systèmes nationaux de collecte de l'information (SAE¹⁶⁹ et PMSI¹⁷⁰)

1.3.6 Par un organigramme de gestion

Le CHPF a conservé le service comme seul cadre d'organisation interne de ses activités cliniques et médicotechniques, alors que les établissements métropolitains se sont structurés en pôle d'activités depuis de nombreuses années. Le projet d'établissement 2017-2022 annonce une réforme de l'organisation interne et présente un nouvel ordonnancement des structures et des instances pour piloter l'ensemble des secteurs cliniques et médicotechniques. Les services disparaissent au profit d'une part des unités médicales qui en gardent le périmètre et qui sont définies comme la structure essentielle de l'organisation médicale et de la prise en charge du patient. Le département serait lui dédié au management et à la gestion. Le projet ne dit rien de la délégation même s'il est clairement énoncé sa compétence sur les principaux domaines de ressources. Il convient de considérer la transformation annoncée comme une première étape visant à créer les fondations d'une nouvelle organisation de la gestion.

¹⁶⁷ Statistique annuelle des établissements (SAE)

¹⁶⁸ Agence technique de l'information hospitalière.

¹⁶⁹ Idem 7

¹⁷⁰ Communication des données PMSI (description des séjours, des séances et des actes transmise à l'Agence de traitement de l'information hospitalière -ATIH-)

Lors de la présence de la mission au CHPF, les membres de la communauté médicale et la direction ont confirmé que la création et la mise en place des 15 départements étaient en cours et qu'elles seraient achevées en 2019.

Recommandation n°8 : Poursuivre la structuration d'un nouveau cadre de la gestion interne (départements) et préparer un futur développement d'une gestion interne déléguée.

1.3.6.1 Par une dynamisation du dialogue de gestion

Le projet d'établissement 2017-2022 souligne le retard constaté sur la mise en place des outils de gestion en commençant par la comptabilité analytique dont la mise en place est placée au rang de la première priorité. Il est question de "dynamiser le dialogue de gestion interne" mais il n'est pas encore question d'amorcer un processus de délégation de gestion.

L'étape de mise en place de la délégation de gestion ne peut donc être envisagée en l'état. Elle suppose, outre une complète installation des outils du contrôle de gestion et d'un fonctionnement stabilisé des instances internes, une refonte de la gouvernance globale plaçant les responsables des départements sous l'autorité de la gestion de l'Ordonnateur.

La mission prend acte du retard de l'établissement dans le déploiement des outils de gestion et de l'acculturation en cours des acteurs. Toutefois il conviendrait que la communauté hospitalière donne des signes tangibles de son engagement et fournisse des plans d'actions et des calendriers précis.

1.4 L'Etat et la Polynésie doivent travailler à la gestion des risques de réduction ou d'anéantissement des capacités de l'établissement

Le rôle et la place du CHPF, établissement de recours unique sur l'espace polynésien, sont essentiels à la réponse aux besoins sanitaires, quelle qu'en soit la nature, la gravité ou l'urgence. Ceci confère à cet établissement un statut et surtout aux acteurs une responsabilité que même aucun CHU métropolitain ne supporte. Outre l'organisation de la permanence des soins, exigence qui pèse sur la communauté médicale sans possibilité de s'y soustraire, se pose concomitamment la permanence de fonctionnement de ses structures. Cette question est loin d'être théorique si l'on rappelle le précédent du CHU de Guadeloupe qui a subi un incendie en novembre 2017 privant les habitants de l'île d'une partie des ressources essentielles à la prise en charge des urgences chirurgicales et de réanimation. La Direction de la protection civile du Haut-Commissariat dispose des RETEX de sécurité civile établis à la suite du sinistre guadeloupéen. Il convient donc d'insister sur la réduction des risques inhérents à tous les événements potentiels qui viendraient réduire ou anéantir les capacités opérationnelles de l'établissement.

Au dispositif de prévention des risques incendie auquel le CHPF est soumis en tant qu'ERP, il convient d'insister sur la multiplicité des risques présents en Polynésie. Des informations recueillies par la mission auprès du Haut-Commissariat il ressort que des démarches sont en cours.

Ainsi l'élaboration en cours d'un plan de continuité d'activité permettra de compléter après les avoir rassemblées et formalisées les dispositions concernant la prise en compte des risques naturels, la potentielle rupture d'approvisionnement en eau, les possibles ruptures d'approvisionnement en médicaments, les incidents liés au processus de transport et de stockage des sources radioactives à période courte. A titre d'exemple les capacités d'intervention NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, et chimique) sont inexistantes. Il est envisagé de créer une équipe de 1^{er} échelon RAD (radioactivité – RAD 1).

Les autorités locales ont par exemple repéré les risques que présentent les structures de stockage des médicaments tant du CHPF que des structures sanitaires gérées par la Direction de la santé. Une réflexion a déjà eu lieu et une action sera entreprise dès 2019 mais bien d'autres sujets mériteraient d'être examinés. Cette responsabilité particulière devrait sans doute être mieux partagée entre le Pays et l'Etat car il est évidemment certain qu'en cas d'évènements graves l'Etat serait appelé à apporter aide et assistance au territoire polynésien. Pour ce motif la vigilance conjointe du Pays et de l'Etat semble requise mais devrait sans doute être formalisée selon un protocole à établir.

Recommandation n°9 : Poursuivre et achever la démarche conjointe Etat/CHPF d'élaboration du plan de continuité d'activité du CHPF notamment pour la mise en sécurité d'un stock stratégique de médicaments pour la Polynésie.

2 L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE

2.1 Les soins ambulatoire sont dispensés à la fois par une offre libérale et par un dispositif de soins public

L'offre de soins de ville en Polynésie repose la double présence d'une médecine libérale et d'une médecine publique, rattaché au ministère de la Santé.

655 professionnels de santé étaient conventionnés avec la CPS à fin 2017, parmi lesquels 194 médecins, 75 dentistes, 44 pharmaciens et 9 biologistes.

Le dispositif public est indispensable dans les archipels éloignées où la présence d'une offre libérale n'est pas économiquement et techniquement viable (ex : disponibilité de la pharmacie) en raison des faibles densités démographiques. Le réseau comprend 118 structures réparties sur 61 îles. Il intervient sur le curatif et assure la gratuité de ses prises en charge. La direction de la santé, toutes professions et implantations confondues (inclus les hôpitaux de proximité et les infirmeries et postes de secours) employait 1017 personnes à fin 2017, dont 27,4 % de cadres A.

L'offre de soins primaire y est organisée autour de structures de soins : centres médicaux et dentaires, infirmeries, dispensaires et postes de santé. Les missions concernent essentiellement les soins de premier recours avec la prise en charge des urgences, le suivi des pathologies chroniques et des femmes enceintes.

2.1.1 La densité des médecins et dentistes libéraux est insuffisante dans certaines îles

La densité globale des professions de santé libérales en Polynésie est inférieure à celle de la métropole et de la Guyane, prise à titre d'exemple illustratif. La faiblesse de ces densités doit être nuancée par l'importance de l'offre publique (CHPF, ministère de la santé) qui vient au relais de l'offre libérale. Pour les infirmières par exemple on recense environ 850 inscrits à l'ordre dans le collège public, contre une centaine en clinique, et 134 exercices libéraux recensés.

Tableau 23 : Comparatif des densités des professionnels de santé libéraux (pour 100 000 hab.)

	Infirmiers	Dentiste	Généraliste
TOTAL	49	27	37
France métropolitaine	181	52	104
Guyane	134	27	54

Source : ARASS 2017 pour la Polynésie, DREES 2016 pour les autres données

La répartition territoriale des professionnels de santé est très hétérogène et témoigne d'une préférence marquée pour les zones de développement économique. De fortes disparités existent entre professions, allant d'un maillage satisfaisant pour les infirmières, à une rareté préjudiciable pour certains archipels s'agissant des spécialités médicales ou des dentistes. Trois exemples illustrent cette situation :

Tableau 24 : Densité des professionnels de santé libéraux (2017)

	Populat.	Infirmiers		Dentiste		Médecin général.	
		Nombre	Densité / 100000 hab.	Nombre	Densité / 100000 hab.	Nombre	Densité / 100000 hab.
TOTAL	275 918	134	49	75	27	101	37
NORD TAHITI	123 750	58	47	58	47	52	42
SUD TAHITI	65 767	32	49	7	11	20	30
MOOREA	17 463	10	57	3	17	9	52
ILES SOUS LE VENT	34 107	14	41	5	15	17	50
AUTRES ARCHIPELS	34 831	20	57	2	6	3	9
dont Australes	6 965	6	86	1	14	-	-
dont Marquises	9 346	7	75	1	11	1	11
dont Tuamotu-Gambier	16 881	5	30	-	-	2	12

Source : ARASS

La sous-densité en médecins affecte le sud de l'île de Tahiti plus que les archipels éloignées, où elle est partiellement compensée par une densité satisfaisante d'infirmières.

2.1.2 La délégation de tâche et la formation des professionnels de santé publics doivent être mieux encadrées

Afin de pallier la carence de médecins libéraux, les dispositifs publics dans les îles éloignées s'appuient sur des professionnels de santé paramédicaux. Un système de « délégation de tâche » s'est progressivement mis en place afin de permettre aux ressources sur place d'effectuer des soins ou de délivrer des actes. Les infirmiers des postes isolés ont des compétences élargies, disposent parfois de protocoles préétablis et validés (constaté lors du déplacement de la mission aux Tuamotu), et peuvent être mis en relation avec une régulation médicale. Dans les postes de santé installés sur les atolls de moins de 300 habitants, les auxiliaires de santé publique (ASP) assurent le suivi, la prescription sur protocoles médicaux et la délivrance de médicaments, de gestion de structure.

Ce dispositif pragmatique s'est toutefois développé sans cadre réglementaire clair et homogène. La délégation de tâche aux infirmiers n'est pas règlementée- elle devrait faire l'objet d'un texte dans le cadre du déploiement de la télémédecine cette année - alors que les auxiliaires de santé, théoriquement moins formées, sont habilités à réaliser des sutures.

Les exigences de l'exercice isolé dans les archipels imposent le maintien d'un niveau élevé de compétences. Exerçant souvent seul, parfois depuis de nombreuses années, les auxiliaires de santé et les infirmières se sont parfois éloignés des filières de formation professionnelle, telles que les formations de remise à niveau ou le diplôme universitaire d'infirmier spécialisé en milieu insulaire

isolé¹⁷¹. Les niveaux de compétence doivent pourtant être maintenus afin de garantir la qualité des prises en charge pour les patients, et le confort d'un exercice professionnel maîtrisé pour les soignants.

Au total, 72 auxiliaires de santé ont bénéficié en 2018 des 8 sessions de remise à niveau. Le projet de formation des auxiliaires est inscrit dans le plan de formation triennale 2018-2020 de la Direction de la santé. Une session de 10 à 12 agents est prévue pour 2019.

Suite au bilan de la première session du DU infirmier en soins de santé primaire insulaire de 2016, le nombre d'unités d'enseignement (ou semaine d'enseignement) est passé de 6 à 5 unités. Ce sont les UE 4 (Méthodes cliniques et diagnostiques adaptées en situation insulaire) et UE 5 (Prise en charge des situations d'urgence en situation insulaire) qui ont été refondu en une seule unité d'enseignement pour redondance de certains enseignements.

Recommandation n°10 : Homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des professionnels concernés

2.1.3 Le développement d'une pratique ambulatoire libérale peine à se mettre en œuvre

Le maillage de structures de soins primaires présentes dans les archipels éloignées ne pourra perdurer qu'à la condition d'organiser des présences médicales programmées, tant pour la médecine générale que pour certaines spécialités.

Afin de renforcer cette présence la Polynésie a cherché à développer un exercice médical forain basé sur une collaboration des secteurs public et privé – dit de consultations avancées « CSA ». Ce système, qui reposait à l'origine sur des tournées de praticiens du CHPF, a été élargie en 2018 aux personnels de la Santé (contrat d'objectifs et de moyens CHPF/Direction de la santé /CPS du 7 août 2018) et récemment aux sages-femmes et aux médecins libéraux (convention cadre de novembre 2018). L'implication du secteur libéral a d'ailleurs été incitée avec la possibilité d'installer des cabinets secondaires, après autorisation du Conseil de l'Ordre des médecins.

Toutefois, ces dispositifs ont rencontré un succès très mitigé. Du côté du CHPF les données 2018 montrent des réalisations conformes aux objectifs du COM avec 48 % du prévisionnel réalisé sur le 1^{er} semestre (seul disponible à la rédaction du rapport). Les médecins du CHPF ont réalisé 3 483 consultations en 226 missions :

¹⁷¹ Le Pays dispose d'un institut de formation aux professions de santé, qui en 2017 a diplômé 25 infirmiers et infirmières, et 21 aides-soignantes.

Tableau 25 : Suivi du COM CHPF sur les consultations avancées

Relevé d'activité du 1er semestre (données arrêtées pour la période du 01/01/2018 au 30/06/18)								
Spécialités	Etat Prévisionnel Annuel		Etat Réalisé					Missions % P/R
	Missions / Iles	Total jours	Missions / Iles	Jours passés	Activité 1/2 journée	Consultations réalisées	Coût*	
ANGEIOLOGIE(**)	8	43	0	0	0	0	0	0,00%
CARDIOLOGIE(**)	34	100	9	20	0	34	485 470	26,47%
DOULEUR	4	8	1	2	0	10	62 530	25,00%
ENDOCRINO/DIABETO	17	74	4	10	2	190	540 360	23,53%
OBSTETRIQUE	168	468	104	254	48	1303	9 492 561	61,90%
OPH	30	110	10	45	4	628	1 606 909	33,33%
ORL	7	14	4	8	1	94	252 360	57,14%
PNEUMOLOGIE	20	37	12	10	0	109	36 180	60,00%
PSYCHIATRIE	169	258	76	111	3	853	3 068 188	44,97%
UROLOGIE	10	30	6	25	2	262	921 815	60,00%
	467	1142	226	485	60	3483	16 466 373	48,39%

Source :

Pour l'année 2019 les objectifs sont en baisse avec 298 missions proposés contre 467 en 2018. Les spécialités de cardiologie et de gastro-entérologie se retirent des tournées.

S'agissant des libéraux seuls trois médecins auraient souscrit au dispositif ambulatoire. Les réticences libérales, encore mal identifiées, s'expliqueraient par la contrainte de ne pas pouvoir être remplacé dans son cabinet principal pendant la pratique ambulatoire.

En plus d'un temps de présence physique, le développement de la télémédecine permettrait de répondre à certaines situations sans mobiliser d'évacuation sanitaire. Le système de soins primaires s'appuie déjà sur une télémédecine permettant aux personnels des structures de soins de consulter les médecins publics des circonscriptions et du CHPF. En 2016, environ sept mille conseils téléphoniques et neuf mille validations d'ordonnance ont été réalisés.

Ces moyens sont toutefois limités et le Schéma d'organisation sanitaire (2016-2021) a prévu de renforcer le dispositif. Différentes initiatives ont été prises pour permettre ce développement. La base juridique définissant la télémédecine et ses modalités de mises en œuvre et de prise en charge financière a été récemment votée¹⁷². Par ailleurs la mise en place du câble Natitua devrait permettre de couvrir une grande partie du territoire polynésien dans les prochains mois et de lever les obstacles techniques à la télétransmission.

Plusieurs évolutions sont prévues pour installer la télémédecine dans les structures de soins publiques. Les hôpitaux périphériques et les centres de soins primaires pourraient être équipés de chariot de télémédecine (environ 15 000 € HT) et les îles dépourvues de présence médicale seraient équipées de stations de télémédecine (environ 12 000 € HT).

Outre une éventuelle aide à l'investissement, la mission propose que le Pays puisse s'appuyer sur les expériences développées en métropole et outre-mer. L'appui technique de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), qui a déjà réalisé plusieurs travaux dans ce domaine¹⁷³, pourrait utilement être sollicité.

¹⁷² la loi du Pays n° 2017-23 du 24 août 2017 relative à la télémédecine et l'arrêté n° 82/CM du 11 janvier 2018 portant définition des actes de télémédecine, de leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière.

¹⁷³ Notamment « La télémédecine en action : construire un projet de télémédecine » (mars 2016) ; « la télémédecine en action : prise en charge de l'AVC » (mai 2014) ; « la télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe » (mai 2012).

Recommandation n°11 : Renforcer les dispositifs assurant la présence de professionnels de santé dans les îles et faire appuyer par les agences nationales le développement de la télémédecine

2.1.4 Le Pays prévoit une modernisation de son modèle de soins primaires

Le programme de modernisation des SSP 2019-2024 s'inscrit dans le projet du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016-2021 de développer les soins primaires et la prévention. Partant des limites atteintes par le modèle hospitalier, le programme ambitionne d'améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge par une meilleure organisation des soins primaires. Le cas ci-après d'un patient « type » présenté par la direction de la Santé illustre les difficultés rencontrées par le modèle actuel.

La santé en Polynésie: l'histoire de Teva

- Teva, 45 ans, vit à Bora Bora, avec sa femme fumeuse, ses 4 enfants sa belle fille et sa petite fille de 4 ans . Employé d'un grand hôtel du motu , il se rend en voiture à l'embarcadère à 1km de chez lui.
- Diabétique, hypertendu, fumeur, obèse avec deux plaies chroniques des jambes, en longue maladie il prend 11 médicaments par jour
- Teva n'est pas très observant et présente de mauvais résultats a ses prises de sang . Il se fait « gronder » par son médecin qui prescrit une infirmière à domicile tous les jours pour surveiller le traitement et des pansements journaliers.
- Teva, de plus en plus fatigué et fiu, est de plus en plus souvent en arrêt de travail. L'employeur envisage de demander une mise en invalidité



L'objectif du programme est de moderniser l'organisation et les pratiques du réseau actuel de structures de proximité, gérées par la Direction de la Santé, à travers un déploiement progressif sur 5 ans.

La direction de la santé présente un modèle de soins de santé primaires « basé sur des structures de proximité adaptées à la population, tenant compte des déterminants locaux de santé, dont les activités sont des soins curatifs de qualité centrés sur l'individu et sa famille, des actions de promotion de la santé au niveau local, et de la médecine préventive ».

Le dispositif est actuellement expérimenté sur 4 sites pilote pour viser à terme un réseau de 48 centres de santé accrédités (« Fare Ea ») à collaboration public-privé. Le projet, ambitieux et adapté aux réalités du territoire polynésien, serait un objet de soutien pertinent dans le cadre d'un contrat Etat-Pays, si les résultats de l'expérimentation étaient satisfaisants.

Recommandation n°12 : Soutenir le programme de modernisation des structures de soins primaires

2.2 Les dépenses de soins de ville sont restées stables sur la période

La dernière production de données des « Comptes de la santé » date de 2016 et porte sur la période 2010-2015 pendant laquelle aucune étude n'avait été produite.

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 66,4 Mds F CFP (557,1 M€) en 2015. Les dépenses de santé représentent 12 % du PIB en Polynésie contre 9 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, mais ce niveau reflète plus un faible PIB que la générosité du système de santé. En réalité, les dépenses individuelles de santé sont faibles. Elles se montent en 2015 à 244 000 CFP (2 043 €) par habitant, contre 2900 € en métropole.

La croissance de la CSBM a été modérée sur la période. La hausse moyenne est de 1,0 % p.a. soit moins que l'inflation en Polynésie et que la croissance constatée en France (+2,5 % p.a. depuis 2010). La ventilation des dépenses diffère sensiblement du modèle métropolitain en raison du poids du CHPF dans l'offre de soins :

CSBM hospitaliers (y compris Direction de la santé et hôpitaux périphériques) : 52 % (47 % en métropole);

CSBM de soins de ville : 29 % (26 % en métropole);

CSBM de transports de malades : 4 % (7 % en métropole);

CSBM médicaments et autres : 15 % (20 % en métropole).

La croissance de la CSBM dépense a été portée par la forte hausse des dépenses hospitalières notamment du CHPF (+12,5 %), documentée dans l'annexe 6 du présent rapport.

La consommation de soins de ville est restée stable, avec une baisse notable des dépenses de professionnels de santé (-4,5 % à 10,3 Mds F CFP soit 86,8 M€). Les dépenses de médicaments ont baissé de 8 % sur la période à 10,1 Mds F CFP (84,9 M€). La hausse des dépenses provient essentiellement de l'augmentation des EVASAN (voir le détail en annexe 5).

Tableau 26 : Consommation de soins ambulatoires et de biens médicaux de 2010 à 2015 (MF CFP)

Soins ambulatoires	31 493	31 247	31 044	31 422	31 062	31 576
Soins de ville	19 017	19 057	18 884	19 209	19 248	19 082
Soins de médecins	4 303	4 097	4 052	3 712	3 805	3 848
Autres professionnels	6 529	6 492	6 499	6 426	6 353	6 493
Dialyse	888	992	1 142	1 067	1 224	1 397
Autres soins ambulatoires	2 683	3 239	3 255	3 752	3 482	3 389
Laboratoires	2 571	2 505	2 112	2 483	2 443	2 272
Banque de sang	364	369	385	392	459	425
Hors territoire	1 678	1 363	1 440	1 377	1 483	1 258
Transports	1 678	1 731	1 917	2 142	2 195	2 383
Territoires	1 236	1 354	1 474	1 720	1 758	1 869
Hors territoire	442	377	443	422	437	513
Médicaments et autres biens médicaux	10 798	10 459	10 243	10 071	9 619	10 111

Source : Ministère de la santé de la Polynésie française

Depuis 2015 on constate, à partir des données de remboursement de soins communiqués par la CPS, une progression des prestations en nature sur les soins ambulatoires (+ 1 885 MF CFP à 15 358 MF CFP en 2017), malgré une stabilité des honoraires médicaux. Les remboursements de pharmacie ont baissé sur la période de 13 % à 5 643 MF CFP).

Tableau 27 : Prestations en nature CPS sur le risque AM-AT (CFP)

	2015	2017	Evol.
Soins hospitaliers	20 073 MF	20 332 MF	1,3 %
Centres médico-sociaux	2 295 MF	2 455 MF	6,9 %
Soins ambulatoires	13 473 MF	15 358 MF	14,0 %
dont honoraires	4 500 MF	4 484 MF	-0,4 %
Pharmacie	6 504 MF	5 643 MF	-13,2 %
Soins inopinés hors du Pays	314 MF	224 MF	-28,8 %
Soins evasans hors du Pays	3 569 MF	3 994 MF	11,9 %
TOTAL PRESTATIONS NATURE AM-AT	46 229 MF	48 005 MF	3,8 %

Source : CPS

Les tarifs des professionnels de santé n'ont pas évolué sur la période (voir ci-dessous), ce qui permet d'attribuer la baisse des dépenses à une diminution des volumes, sans que la mission n'ait pu en établir précisément la cause.

2.3 Le conventionnement des professionnels libéraux doit être mieux utilisé

2.3.1 Les professionnels de santé libéraux sont conventionnés avec la CPS, à l'exception des médecins

Les rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale (CPS) sont définis par voie de convention entre les organisations syndicales des catégories professionnelles et les régimes de protection sociale. Les conventions, leurs avenants et annexes, entrent en vigueur après approbation du Conseil des ministres. Ainsi :

Pour les infirmières libérales, la convention est datée du 5 janvier 2009. Elle a fait l'objet de dix avenants, le dernier signé le 11 janvier 2018 ;

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la convention est datée du 28 juillet 2006. Elle a fait l'objet de douze avenants, le dernier signé le 7 juin 2018 ;

Pour les chirurgiens-dentistes, la convention est datée du 13 décembre 2013. Elle a fait l'objet de cinq avenants, le dernier signé le 31 mai 2018 ;

La dernière convention avec les médecins a expiré le 21 janvier 2012, et n'a pas été renouvelée faute d'accord sur le coefficient géographique de valorisation des actes. Conformément aux dispositions réglementaires¹⁷⁴, le conventionnement s'effectue donc désormais individuellement, sur la base d'un document type proposé par les régimes à chaque médecin. Cette convention reconduit la plupart des

¹⁷⁴ délibération n° 95-109 AT du 03 août 1995

dispositions contenues dans la convention collective du 08 janvier 2009, complétée de ses annexes et avenants.

Les médecins qui n'ont pas signé la convention individuelle se voient appliquer le tarif d'autorité. Depuis 2012, la CPS fait évoluer la convention sur une base individuelle, ce qui porte préjudice à la négociation de mesures collectives telles sur la maîtrise médicalisée ou sur l'amélioration de la qualité des soins.

Une nouvelle convention est indispensable pour faire évoluer les modalités de régulation de l'offre de soins.

Tableau 28 : L'offre de soins libéraux conventionnée en Polynésie

	2016	2017	Variation %
Médecins	195	194	-0,5 %
Pharmaciens	44	44	-
Biologistes	9	9	-
Dentistes	75	75	-
Infirmiers	134	134	-
Kinésithérapeutes	100	103	+3 %
Sages-femmes	37	38	+2,7 %
Orthophonistes	52	51	-1,9 %
Podologues	7	7	-
Sous-total professions de santé	653	655	+0,3 %
Fournisseurs (audioprothésistes, orthopédistes)	13	13	-
Transporteurs (VSL, ambulances)	38	45	+18,4 %
Total	704	713	+1,3 %

Source : CPS, rapport d'activité 2017

L'installation de professionnels libéraux dans les zones sous-denses est bloquée par la convention ou par manque d'attractivité

Afin de réguler les installations des professionnels de santé la Polynésie a instauré un régime d'autorisation par zones géographiques de conventionnement :

- Zone 1 : Nord Tahiti (de Papeete à Mahina et de Papeete à Punaauia)
- Zone 2 : Sud Tahiti (de Papenoo à Taravao et de Taravao à Paea)
- Zone 3 : Moorea, à l'exclusion de Maiao
- Zone 4 : îles Sous-Le-Vent, à l'exclusion de Maupiti
- Zone 5 : Maiao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes

Depuis 1998 les installations dans les zones 1 à 4 sont gelées pour la plupart des professions de santé : médecins généralistes et spécialistes, dentistes omnipraticiens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes. Le conventionnement dans ces zones ne peut être accordé qu'à titre dérogatoire. De fait, aucune nouvelle convention de médecin généraliste n'a été accordée depuis 2013.

Le conventionnement n'est pas territorialement réglementé pour les autres professions de santé : certaines spécialités de médecine, dentistes spécialistes en orthodontie, sages-femmes, orthophonistes et pédicures podologues.

Le Pays a indiqué qu'une révision du zonage était en cours sur le redécoupage de la zone 1, et pourrait être l'occasion de revoir plus généralement la correspondance entre densités et gel des installations, et les besoins de la population.

2.3.2 Les tarifs des professionnels de santé doivent être homogénéisés entre eux

Les actes des professionnels de santé sont cotés suivant des différentes classifications.

2.3.2.1 Les tarifs des professionnels de santé sont fixés par la CPAM et la NGAP

Pour les médecins la codification polynésienne des actes médicaux (CPAM) a remplacé, au 1^{er} janvier 2013, la NGAP instaurée en 2003. La dernière mise à jour date du 24 août 2018¹⁷⁵. Elle est complétée d'une liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Les tarifs des actes médicaux sont fixés par convention. Depuis 2012 la convention individuelle a repris les tarifs de la convention collective de 2009. Ces tarifs sont appliqués y compris par les médecins n'ayant pas signé leur convention individuelle. Le tarif d'une consultation par un généraliste se monte à 3 600 CFP (30 €), et à 4 420 CFP (37 €) pour un spécialiste. Les dépassements d'honoraires sont autorisés 'avec tact et mesure', plafonnés à 15 % des tarifs opposables et à 5 % pour les actes techniques. Les honoraires avec dépassements ne peuvent excéder 20 % des honoraires totaux.

Tableau 29 : Tarifs médicaux fixés par la CPS (31/12/2018)

		CFP	€
C/CS	Consultation par un généraliste/spécialiste qualifié en MG	3 600	30,15
CS	Consultation spécialiste	4 420	37,01
V	Visite généraliste/spécialiste qualifié en MG	7 200	60,29
VS	Visite spécialiste	6 840	57,28
VNP	Visite neuropsychiatre	6 000	50,24
CNPSY	Consultation neuropsychiatre	6 840	57,28
CSC	Consultation spécialisée de cardiologie	10 545	88,30
K	Acte technique/autres actes de spécialité	437	3,66
Kc	Acte de chirurgie (Stomatologue/chirurgien maxillo facial)	447	3,74
IK	Indemnité kilométrique (avec un plafond journalier de 100 Km, soit 37 500 Km par an)	100	0,84
F	Majoration dimanche et jour fériés (tous médecins)	3 000	25,12
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient	5 408	45,29
MU	Majoration d'urgence pour le médecin exerçant la médecine générale	3 600	30,15
U-P-S	Majoration pour acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 19h et 06h	4 000	33,50
Z	Acte de radiologie (chirurgien maxillo-facial/stomatologue)	285	2,39

Source : CPS

¹⁷⁵ Arrêté n°1141 CM du 02 juillet 2018

Les tarifs des lettres clés n'ont pas augmenté depuis 2009, et ont même baissé pour les médecins spécialistes (4650 CFP pour les consultations, 7 200 CFP pour les visites et 11 100 pour les consultations de cardiologues). Cette stagnation tarifaire doit être remise dans un contexte d'inflation modéré (+5,9 %¹⁷⁶ sur la période), mais elle n'en constitue pas moins une diminution relative des honoraires en monnaie courante. L'écart de tarification des honoraires entre la Métropole et la Polynésie est actuellement équivalent à un coefficient de 1,20 pour les médecins généralistes, ce qui ne représente plus un niveau excessif au regard du surcoût de la vie, établi pour mémoire à 25 % par la précédente mission et à 39 % par l'ISPF¹⁷⁷.

Dans l'attente de la détermination d'une nouvelle classification, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes sont toujours soumis à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur en Métropole, arrêtée à la date du 04 septembre 2003.

Les tarifs n'ont pas évolué depuis les dernières données disponibles en 2009. Une baisse de 20 CPF sur les AMI et 10 CFP sur les AIS a même été instaurée entre 2011 et 2014.

Tableau 30 : Tarifs conventionnés des infirmières (31/12/2018)

		CFP	€
AMI	Actes pratiqués par les infirmiers autres que AIS	490	4,10
AIS	Actes infirmiers de soins	430	3,60
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement	400	3,35
IK	Indemnité kilométrique - distance supérieure à 5 kms	10	0,08
MN	Majoration de nuit pour les actes effectués	1 100	9,21
MD	Majoration du dimanche et jours fériés	880	7,37

Source : CPS

Les tarifs des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été modifiés depuis 2014.

Tableau 31 : Tarifs conventionnés des masseurs-kinésithérapeutes (31/12/2018)

		CFP	€
AMC	Acte pratiqué par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donne lieu à application de la lettre-clé AMK	440	3,68
AMK	Acte pratiqué par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation de soins privé au profit d'un malade hospitalisé	440	3,68
AMS	Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par un masseur-kinésithérapeute	440	3,68
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement	350	2,93
IK	Indemnité horokilométrique	90	0,75
MDN	Majoration de nuit pour les actes effectués par un masseur-kinésithérapeute	1 100	9,21
MDI	Majoration du dimanche et jours fériés légaux	880	7,37

Source : CPS

¹⁷⁶ Données ISPF : 102,6 en janvier 2009 à 108,7 en décembre 2017. A compter de janvier 2018 l'indice a été recalibré à 100

¹⁷⁷ Points forts n° 2016

2.3.3 Les tarifs, initialement négociés par chaque profession, devrait prochainement être homogénéisé

Les conventions déterminent pour chaque profession les tarifs des honoraires et des actes. Les tarifs d'actes sont établis en multipliant les tarifs d'autorité des nomenclatures (CPAM, NGAP) par un coefficient géographique négocié d'une profession à l'autre. Les tarifs présentent avec celles de la métropole des écarts importants comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 32 : Tarif des actes (après application du coefficient géographique) et des honoraires des professionnels de santé (€, 2018)

Profession	Acte	Métropole	Outremer	Polynésie	Rapport vs métropole
Infirmières	AMI	3,15	3,3	4,11	1,30
Masseur Kiné.	AMK/AMC/AMS	2,15	2,36	3,69	1,72
Consultation	Médecin génér.	25	29,6	30,19	1,21
	Cardiologue	47,73	54,73	88,42	1,85
Chir. dentiste	Soins conservateurs	2,41	2,6	5,62	2,33

Source : Mission d'après CPS et DREES

La lettre de cadrage budgétaire pour 2019 a prévu la mise à jour, par voie réglementaire, de la classification polynésienne des actes médicaux (CPAM), de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), et de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette mise à jour sera liée à l'existence, ou le cas échéant, à la conclusion d'une convention collective. Elle occasionnera une convergence du coefficient géographique à 1,40 (la FHF avait évalué le coefficient pour le CHPF à 1,39), et +0,29 pour certaines professions de santé. La convergence est prévue sur 3 ans pour les professions de santé dont le coefficient baissera :

- 1,40 pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes, médecins généralistes pour les actes NGAP, médecins spécialistes conventionnés pour les actes NGAP ;
- 1,69 pour les biologistes du privé, dentistes, et professions nécessitant des équipements onéreux et des frais de maintenance.

2.4 Les modèles économiques du médicament et des pharmaciens doivent être transformés

174 pharmaciens sont inscrits à l'ordre des pharmaciens. La Polynésie compte 44 officines dont 31 à Tahiti, ainsi qu'une pharmacie hospitalière. L'installation des pharmaciens est règlementée par l'application d'un quota d'une officine pour 5000 habitants hors Papeete et 3500 à Papeete. Une procédure dérogatoire est prévue, et largement utilisée : 50 % des autorisations depuis 2004 ont été accordées à titre dérogatoire. Elle donne lieu à un important volume de contentieux administratif.

Dans les plus grandes îles, une présence est assurée par la pratique ambulatoire et le recours aux trois structures hospitalières. La dispensation de médicaments dans les îles est également effectuée par les infirmières dans les dispensaires et infirmeries. Enfin, les polynésiens ont recours à l'expédition par voie postale à partir de pharmacies basées à Papeete, pratique légale mais ne permettant de garantir, faute de professionnels sur place, la bonne utilisation et conservation des médicaments.

Le prix de vente maximum d'un médicament est fixé réglementaire par application d'un coefficient géographique au prix métropolitain TTC + 1 euro. Pour les spécialités pharmaceutiques remboursables, le coefficient est de 1,47.

La transparence et la pertinence du modèle économique de la distribution de médicaments ont été régulièrement questionnées par les précédentes missions inter inspection, sans que les recommandations correspondantes aient été mises en œuvre. L'Autorité polynésienne de la concurrence s'est également saisie du sujet et a rendu le 6 novembre 2017 un avis sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique¹⁷⁸.

Elle y préconise la réalisation d'économies évaluées à 5 à 10 % des dépenses de médicaments (soit entre 500 MF CFP et 1 Mds F CFP) en agissant essentiellement sur deux axes. Les conditions d'implantation des pharmacies doivent être assouplies, notamment à Tahiti et Moorea afin d'augmenter la densité des officines¹⁷⁹. Sur la baisse du prix des médicaments, l'Autorité recommande de supprimer les droits d'importation (9 %) sur les produits d'origine hors communauté européenne, et de réviser et d'harmoniser la formule de calcul du prix des médicaments remboursables, afin de rendre plus transparente la composition du prix de gros et du prix de détail.

L'Assemblée de Polynésie a récemment adopté une série de mesures modifiant les conditions de création des officines de pharmacie (Loi de Pays n°2018-34 du 15 novembre 2018). Le texte prévoit une série de dispositions dont la suppression du régime de création d'officine par voie dérogatoire – qui contribuait à 30 % des créations –, la baisse des quotas de population et des distances minimales entre officines, et la possibilité offerte aux pharmaciens associés d'exercer une autre activité pharmaceutique. Dans son avis sur le projet de loi¹⁸⁰, l'Autorité de la concurrence a souligné que « *La plupart des dispositions du projet de loi du pays vont dans le sens d'une plus grande ouverture du marché, d'une plus grande concurrence et d'une plus grande transparence du marché* ». Elle appelle également à des mesures complémentaires pour développer l'attractivité de la zone sous-dense, et de revoir la composition de la commission de régulation « *afin que les pharmaciens installés ne puissent plus se prononcer sur les installations d'officines sur un marché dont ils sont acteurs* ».

Recommandation n°13 : Poursuivre les réformes pour rendre les modèles économiques des pharmacies et du médicament plus transparents et pertinents

¹⁷⁸ Avis n° 2017-A-03 du 6 novembre 2017 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique (à l'exclusion de la distribution par l'hôpital et les dispensaires)

¹⁷⁹ On compte une pharmacie pour 6 400 habitants (1 pour 5 900 habitants à Tahiti), contre une pour 3 000 habitants en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

¹⁸⁰ Avis n° 2018-AO-02 du 13 juillet 2018

Listes des recommandations de l'annexe 6

1	Poursuivre et amplifier le processus de recomposition capacitaire.
2	Missionner un cabinet ou une autorité indépendante afin d'accompagner le projet de regroupement des cliniques autour d'un projet médical commun partagé.
3	Améliorer le système d'allocations actuel des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés en l'indexant plus directement sur l'activité et en le rendant plus transparent
4	Rapprocher le traitement tarifaire des ressortissants de la sécurité sociale de celui des ressortissants de la CPS.
5	Provisionner partiellement au CHPF l'amortissement de la partie immobilière des investissements
6	Revoir le dispositif de rémunération des gardes et astreintes, générateur de pratiques individuelles peu contrôlées (transformations des astreintes en gardes) et d'iniquité.
7	Intégrer le CHPF dans les systèmes nationaux de collecte de l'information (SAE et PMSI)
8	Poursuivre la structuration d'un nouveau cadre de la gestion interne (départements) et préparer un futur développement d'une gestion interne déléguée.
9	Poursuivre et achever la démarche conjointe Etat/CHPF d'élaboration du plan de continuité d'activité du CHPF notamment pour la mise en sécurité d'un stock stratégique de médicaments pour la Polynésie.
10	Homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des professionnels concernés
11	Renforcer les dispositifs assurant la présence de professionnels de santé dans les îles et faire appuyer par les agences nationales le développement de la télémédecine
12	Soutenir le programme de modernisation des structures de soins primaires
13	Poursuivre les réformes pour rendre les modèles économiques des pharmacies et du médicament plus transparents et pertinents

ANNEXE 7

LES AIDES ET L'ACTION SOCIALE

INTRODUCTION

Les branches Maladie et Vieillesse représentent l'essentiel des dépenses de la PSG (88 %) et ont, à ce titre, concentré l'attention des derniers rapports inter inspections et celle du gouvernement pour l'élaboration des propositions de réforme.

Le volet social, s'il présente des enjeux financiers de moindre importance, n'en représente pas moins un outil fondamental dans la conduite des politiques sanitaires et sociales en Polynésie française. Le Pays a été confronté à une dégradation de la situation économique entre 2008 et 2014 qui a conduit au développement des situations de précarité et souligné les limites du modèle de solidarité familiale. La PSG a un rôle essentiel puisqu'elle mobilise seule les outils financiers de politique sociale, soit à partir de ses ressources propres, soit sur les financements du Pays (FELP pour le RSPF).

La présente annexe recense l'ensemble des prestations à caractère social de la PSG, c'est-à-dire ne relevant pas des branches maladie ou vieillesse. Le périmètre comprend les allocations familiales, le minimum vieillesse, l'allocation handicap, et les aides sociales des Fonds d'action sociale.

Sur le plan méthodologique, la mission a effectué un premier état des lieux qui a privilégié l'effort d'inventaire au détriment d'une analyse approfondie de la pertinence et de l'efficacité des outils mobilisés. Elle s'est pour cela appuyé sur un travail documentaire à partir des éléments communiqués par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) du ministère de la famille et des solidarités et la Caisse de prévoyance sociale (CPS), sans pouvoir apprécier *in concreto* la réalité des politiques sociales mises en œuvre, les priorités ayant été mises sur le volet sanitaire.

Les éléments de comparaison avec la métropole et les DOM ont permis de dresser certains constats qui ont alimenté des recommandations pour améliorer un système social, plus performant et protecteur.

1 PRESENTATION GENERALE

1.1 La crise de 2008 a favorisé l'émergence de populations précaires et vulnérables et a créé un fort besoin de protection sociale

La précarisation touche de nombreuses familles polynésiennes. Selon une étude de l'ISPF¹⁸¹ de 2015, la moitié de la population des îles du Vent déclare disposer de moins de 100 000 F CFP (808 €) par mois et par unité de consommation. La situation est encore plus marquée dans les autres archipels où le niveau de vie médian est de 70 000 F CFP (586 €). Cependant, ces faibles

¹⁸¹ Données issues du rapport de l'ISPF Points forts 08 – « Les dépenses des ménages aux Îles du Vent »

revenus monétaires sont partiellement compensés par un niveau élevé d'autoconsommation, de 15 % aux îles-sous-le-vent à 23 % aux Australes.

L'écart avec le niveau de vie médian en métropole (190 000 F CFP) est significatif, alors que les niveaux salariaux sont globalement comparables : le SMIG polynésien est de 152 914 FCFP soit 1 280 €. Selon l'étude, cette situation s'explique par une proportion importante de familles vivant avec des revenus très modestes. L'inactivité professionnelle demeure élevée et le chômage touche particulièrement les jeunes : 52 % des 20-24 ans étaient au chômage en 2012 (29 % en 2007). Un quart de la population des îles du Vent vit ainsi sous le seuil de bas revenus de 60 000 F CFP (502 €), et 37 % dans la zone rurale de Tahiti et à Moorea. Si l'on appliquait la référence métropolitaine (115 000 F CFP), 55 % de la population des îles du Vent vivraient sous le seuil de pauvreté métropolitain contre 16 % en métropole.

Si ces phénomènes affectent l'ensemble de l'archipel, deux zones géographiques sont particulièrement marquées :

- La zone rurale de Tahiti qui est peu pourvoyeuse d'emplois. L'agriculture et l'élevage restent très artisanaux et les emplois sont pour la plupart peu rémunérateurs et non déclarés. L'éloignement géographique du centre urbain est accentué par un défaut d'organisation des moyens de transport collectifs, onéreux de surcroît ;
- Les îles éloignées souffrent d'un manque d'infrastructures qui accentue l'isolement et l'éclatement du noyau familial (séparations liés à la scolarisation, aux evasan, à la recherche d'emploi).

1.2 Les prestations d'action sociale sont très nombreuses mais ne couvrent pas l'ensemble des besoins

Les prestations sociales en Polynésie sont organisées, gérées et servies par les régimes de protection sociale. L'Etat, en application de la convention 2015-2017 (reconduite en 2018) contribue financièrement au travers du FELP qui finance le RSPF. Elles sont composées de prestations légales et d'aides extralégales qui couvrent les besoins des populations les plus vulnérables.

1.2.1 La PSG offre de nombreuses prestations sans toutefois couvrir les risques de pauvreté (RSA) et de perte d'autonomie

Le champ des aides légales en Polynésie est plus restreint qu'en métropole et dans les DOM et ne couvre pas le risque de pauvreté (RSA) et la perte d'autonomie des personnes âgées (APA).

En l'absence de ces minimas sociaux, les aides sociales « extralégales » jouent le rôle d'amortisseur social en répondant aux situations exceptionnelles. Chaque régime dispose d'un fonds d'action sociale (FAS) qui attribue des aides dites extralégales aux personnes les plus démunies. Ces aides sont gérées par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) pour le compte des régimes de protection sociale qui les finance. Ces aides sociales extralégales bénéficient majoritairement aux affiliés RSPF et couvrent l'ensemble du champ social.

Si la mission a pu rencontrer au cours de son déplacement la délégation de la Croix Rouge (voir encadré) et la Ligue contre le cancer, elle n'a pas pu apprécier la place - soulignée par plusieurs de ses interlocuteurs - que tiennent les associations de bénévoles et les églises dans la mise en place

d'actions caritatives au bénéfice des populations précaires qui participent au maintien du lien social et de la dignité¹⁸².

1.2.2 Le budget global est conséquent (3,6 % du PIB) mais néanmoins inférieur au niveau français (4,9 % du PIB)

Le montant des dépenses de prestations sociales de la PSG s'est élevé à 21,0 Mds F CFP (175,7 M€) en 2017, en légère hausse de 4 % depuis 2014.

Les prestations légales représentent l'essentiel de la dépense avec 16,0 Mds F CFP (134,0 M€), en baisse de 2 % depuis 2014 en raison de la diminution du nombre de bénéficiaires. Les aides extralégales (incluant les subventions aux établissements sociaux et médico-sociaux) s'élèvent à 5,0 Mds F CFP (41,7 M€), en hausse de 9 % sur la même période.

Tableau 1 : Répartition des dépenses « sociales » de la PSG (2017, MF CFP)

Prestations légales	16 032 (134 M€)	76 %
Allocations familiales	6 843 (57 M€)	33 %
Minimum vieillesse	5 500 (46 M€)	26 %
Allocation Handicapés	3 689 (31 M€)	17 %
Prestations extralégales	4 995 (42 M€)	24 %
Action sociale	3 456 (29 M€)	16 %
Subventions aux établissements	1 539 (13 M€)	7 %
TOTAL	21 027 (176 M€)	100 %

Source : Consolidation de données CPS. Pour le minimum vieillesse, donnée arrondie faute de détail

Le niveau des dépenses sociales en Polynésie est modeste en comparaison de la métropole et des DOM, où ces dépenses se montent à 113 Md€ (73 Md€ d'allocations familiales, 37 Md€ d'aides sociales, et 3 Md€ de minimum vieillesse). Rapporté aux PIB, les dépenses sociales représentent 3,6 % en Polynésie contre 4,9 % en France. La dépense par habitant est de 1 700 € en France (y compris outremer) contre environ 630 € en Polynésie.

1.3 Pour une même situation les prestations sont parfois différentes d'un régime à l'autre à situation équivalente

Les prestations servies par la PSG présentent une grande hétérogénéité entre régimes. La dépense¹⁸³ par affilié RSPF se monte à 142 716 CFP (1 192 €) en 2017, contre 38 972 CFP (326 €) pour le régime général des salariés (RGS) et seulement 21 224 CFP (177 €) pour le régime des non-salariés (RNS).

¹⁸² Au titre de 2018 le RSPF a attribué un montant de subventions de 1723,2 MF CFP (14,4 M€) pour des associations ou établissements du secteur socio et médico-éducatif (arrêté n° 2284 du 7 novembre 2018).

¹⁸³ Hors minimum vieillesse faute de données pour le répartir entre les régimes

Tableau 2 : Ventilation des dépenses sociales de la PSG (2017, MF CFP)
(sauf minimum vieillesse faute de données de répartition entre les régimes)

	RGS	RSPF	RNS
Famille	4 478	2 056	309
Fonds d'Action Sociale	1 688	1 709	59
Subventions diverses	-	1 436	-
Handicap	275	3 460	-
Total	6 441 (54 M€)	8 661 (73 M€)	368 (3 M€)

Source : CPS

Ces écarts s'expliquent essentiellement par d'importantes différences de besoins au sein des populations (niveau de pauvreté par exemple), mais également par des niveaux de cotisations variant d'un régime à l'autre.

Toutefois, certaines différences de traitement persistent malgré des situations sociales équivalentes. Pour tenter d'harmoniser les prestations, les pouvoirs publics procèdent à des alignements. Les aides à la rentrée scolaire et la prise en charge des frais liés à l'adaptabilité du logement pour les personnes âgées et handicapées (AAD) ont récemment été étendues aux ressortissants du RNS. Pour 2019 le gouvernement a prévu d'adopter des délibérations identiques au RSPF et RNS relatives au fonctionnement de la délivrance des aides sociales (degré de compétences des responsables de circonscriptions, des conseillers techniques...).

2 LA SEULE PRESTATION SOCIALE LEGALE EST L'ALLOCATION HANDICAP

Les aides légales sont gérées par la Caisse de prévoyance sociale. Elles concernent essentiellement les branches famille et vieillesse qui sont traitées dans l'Annexe 2. En Polynésie il n'existe pas de prestations légales pour la pauvreté (RSA) et la perte d'autonomie. Les seules prestations sociales légales concernent le handicap.

La Polynésie ne dispose pas de données précises sur la population en situation de handicap. Les personnes concernées, longtemps prises en charge par leur famille, se retrouvent désormais plus exposées avec l'affaiblissement de la solidarité familiale. Aucune politique publique ne s'est véritablement développée et l'aide financière apportée par la PSG se révèle nettement insuffisante.

Pour environ 5 000 bénéficiaires il existe six allocations différentes qui sont financées distinctement par le RSPF ou les branches familles des régimes suivant les populations concernées.

En 2017 les allocations aux personnes handicapées se sont élevées à 3 689 MF CFP (30,8 M€), en hausse de 4,8 % depuis 2014. Elles ont concerné 4 587 bénéficiaires adultes et 895 jeunes.

Tableau 3 : Effectifs et montants des allocations adultes handicapés 2017

	Nb bénéf.	Montant (MF CFP)	Nb bénéf.	Montant (MF CFP)
Allocation de base (AAH)	4 201	1 490	4 321	1 531
Allocation complémentaire	3 693	1 721	3 829	1 795
Allocation compensatrice (AC1)	936		1 000	
Allocation compensatrice (AC2)	625		673	
		3 211		3 326

Source : CPS

L'allocation aux adultes handicapés est attribuée à tout adulte handicapé de plus de 20 ans dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 %, sous réserve que ses ressources ne dépassent pas les 2/3 du Smig de référence soit 58 231 F CFP (489 €) / mois. Son montant est actuellement de 33 115 F CFP (278 €) / mois.

Une allocation complémentaire de ressource (ACR) est versée en l'absence de ressources, dans la limite d'un montant de 36 885 F CFP/ mois. Le montant du cumul de l'allocation de base et de l'allocation complémentaire aux adultes est fixé à 70 000 F CFP / mois.

L'allocation compensatrice de perte d'autonomie (AC) est attribuée si la situation nécessite l'assistance d'une tierce-personne pour effectuer des actes ordinaires de la vie. Deux montants sont fixés suivant que le recours soit occasionnel (AC1 de 10 918 F CFP) ou permanent (AC2 de 21 836 F CFP).

La décision d'attribution est prise par la **COTOREP**, service public créé par en 1982 et placé depuis le 1er janvier 1999 sous la responsabilité la DFSE (ex - Direction des Affaires Sociales).

Le financement de cette allocation est assuré par le RSPF.

Une allocation peut également être attribuée à tout enfant âgé de moins de 20 ans (18 ans pour le RNS) et reconnu comme personne handicapée avec un taux d'au moins 50 % par la Commission Territoriale d'Education Spéciale (CTES)¹⁸⁴ en raison d'une infirmité ou maladie chronique grave, l'empêchant de suivre une scolarité dans le cadre normal ou de se livrer à un travail salarié.

Une allocation spéciale aux handicapés (ASH), d'un montant de 36 000 F CFP/mois, est versée en remplacement des allocations familiales sur la durée fixée par la CTES. Une allocation complémentaire d'un montant de 36 885 F CFP / mois est versée en l'absence de ressources du foyer. Enfin, une allocation compensatrice de perte d'autonomie peut être accordée par la CTES, selon la gravité du handicap de l'enfant. Son montant est fixé selon les besoins de la prise en charge du bénéficiaire et du régime social du représentant légal.

Le financement de ces allocations est assuré par la branche Famille selon le régime d'affiliation des parents de l'enfant.

Recommandation n°1 : Apporter un effort particulier à la prise en charge du handicap et simplifier le dispositif

¹⁸⁴ La Polynésie n'a pas suivi la réorganisation intervenue en France avec la création des maisons départementales des personnes handicapées, compétentes quel que soit l'âge et l'allocation.

3 LA GESTION DES NOMBREUSES PRESTATIONS EXTRALEGALES EST CHRONOPHAGE ET LES EFFECTIFS SONT INSUFFISANTS

Les prestations extralégales des régimes de la PSG sont des aides sociales versées directement aux bénéficiaires, et des subventions à l'accueil des publics vulnérables en famille ou en établissements. Elles sont gérées par la Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) et financées par les différents fonds d'action sociale des trois régimes et par des subventions du RSPF s'agissant des établissements d'accueil. La DSFE œuvre également avec le tissu associatif et culturel très actif dans les domaines de l'enfance et de la jeunesse, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les prestations extralégales ont touché près de 16 000 personnes en 2017 (soit 6 % de la population). Les dépenses s'élèvent à 5,0 Mds F CFP (41,7 M€), en comparaison des 16,0 Mds F CFP servies par la CPS au titre des prestations légales. Leur volume est en hausse de 9 % depuis 2014.

Tableau 4 : Montant des prestations extralégales (2017, MF CFP)

Prestations extralégales	4 995
Action sociale	3 456
Subventions aux établissements	1 539

Source : CPS

Les subventions aux établissements sont gérées par la DSFE et financées par la branche handicap du RSPF. Elles ont bénéficié à 10 associations gérant 16 établissements socio-éducatifs et à 12 associations gérant 15 établissements médico-éducatifs. Ces établissements assurent des missions de service public relevant des compétences du Pays et déléguées à la DSFE. Ils consacrent le rôle important du secteur associatif dans le tissu polynésien, qui en assure le fonctionnement.

Les aides d'action sociale forment un ensemble disparate qui s'appuie sur les dispositifs des FAS. Leur étude fait l'objet d'un chapitre dédié (4 infra). Ne sont relevés dans ce chapitre que leurs modalités de gestion.

3.1 La DFSE est désormais compétente pour la gestion des aides sociales de l'ensemble des ressortissants de la PSG

3.1.1 Une nouvelle compétence multi régime sur les aides sociales

La DSFE est une direction administrative en charge de la conduite des politiques sociales, créée récemment en 2018¹⁸⁵ à partir de la fusion de la délégation à la famille et à la condition féminine (DFCF) et de la direction des affaires sociales (DAS). Elle conserve l'essentiel des missions de la DAS et est chargée, au terme de son arrêté de constitution, « *de promouvoir la cohésion sociale, prévenir les risques de marginalisation et de lutter contre l'exclusion et contre toute forme de discrimination à l'égard de personnes ou de groupes de personnes en situation de vulnérabilité.* »

La gestion des prestations extralégales est confiée à la CPS et à la DFSE. Avec le transfert des ressortissants RGS entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, la DSFE engage, pour le compte des trois

¹⁸⁵ Arrêté n°419/CM du 15 mars 2018

régimes, toutes les dépenses des aides sociales des Fonds d'action sociale¹⁸⁶. Un guichet multi régime est affecté à la CPS pour la gestion des aides sanitaires (qui ne représentent qu'une très faible part des dépenses du FAS et dont la gestion ne sera donc pas traitée dans cette annexe).

La DSFE gère également la protection de l'enfance et la prise en charge des personnes vulnérables (personnes âgées et personnes handicapées).

La DSFE partage des compétences avec l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), récemment créée, qui est chargée de :

- la conception des politiques publiques. La DSFE élabore les plans d'action et les programmes nécessaires à leur mise en œuvre ;
- l'octroi des autorisations et des agréments des établissements sociaux et médico-sociaux, et des accueillants familiaux. Assure les contrôles et inspections. La DSFE assure l'accompagnement et le financement des structures ainsi que le suivi de leur public ;
- la réglementation en matière sociale, avec l'appui technique de la DSFE.

Les aides sont accordées sur la base d'une évaluation sociale menée par les travailleurs sociaux. L'exécution est assurée en ordonnancement par le service territorial des affaires sociales. L'agent comptable de la CPS procède aux règlements.

L'évaluation des besoins est réalisée par le travailleur social qui fixe le montant de l'aide. Le délai d'instruction actuel serait d'environ deux semaines d'après les documents communiqués mais il est probable que certains délais de traitement soit en réalité de plusieurs semaines. Une procédure d'urgence permet une réponse sous 48 heures.

Les aides sont accordées par les responsables de circonscription, les conseillers techniques ou par la Directrice de la DSFE dans le respect des délibérations du Comité de gestion du Régime de solidarité de la Polynésie française (CGRSPF) et du Conseil d'administration des deux autres régimes. Leur montant est strictement encadré et inscrit dans un manuel de procédures interne à la DSFE permettant d'harmoniser les interventions.

Le règlement des aides se fait au moyen de bons alimentaires permettant de régler les dépenses auprès des commerçants. Aucun versement en liquide ou virement n'est effectué. La nature des dépenses et l'identité du détenteur des bons ne sont pas contrôlées par les commerçants – l'alcool et le tabac étant toutefois exclus. Ce sont généralement les travailleurs sociaux qui effectuent des contrôles a posteriori s'ils l'estiment nécessaire.

Un projet de « carte sociale » devrait voir le jour en 2019. Le principe consiste à créditer mensuellement le montant des aides et laisser au bénéficiaire une plus grande autonomie dans leur utilisation. La carte devrait permettre de désengorger les permanences des circonscriptions accaparées par le traitement de ces aides ponctuelles et récurrentes. Les aides sous forme de bons de commande continueront à répondre à l'urgence ou à l'aide ponctuelle.

La DSFE et la CPS ont mis en place un service en ligne d'échanges de données, et un service d'engagement et de paiement des dépenses sur une plateforme unique dénommé « FARE ». Les outils visent à améliorer le suivi des dépenses, à renforcer les contrôles à tous les niveaux hiérarchiques. Des contrôles « embarqués » par les travailleurs sociaux ont également été mis en place afin de corriger les erreurs d'identité administratives.

¹⁸⁶ En application de la délibération n°2018-53 APF du 19 juillet 2018 adoptée par l'Assemblée de Polynésie française

Cette application en ligne est accessible par connexion à internet ce qui permet aux agents de terrain en mission, lorsque la connexion est disponible, d'avoir toujours accès aux données en consultation ou pour des saisies.

3.2 Les moyens humains sont insuffisants pour la détection de nouveaux demandeurs et pour l'accompagnement social des bénéficiaires

3.2.1 Environ 210 personnes travaillent à la gestion des prestations extralégales, dont 90 travailleurs sociaux

Le siège de la DFSE est situé à Papeete et centralise les services administratifs, les divisions chargées de la coordination des actions sociales, et la division de soutien technique et financier aux associations.

La DSFE intervient au niveau déconcentré par le biais d'antennes administrées en 2017 par neuf circonscriptions d'action sociale implantées dans différentes communes de l'archipel. On dénombre 17 antennes dont huit aux Marquises, aux Australes et aux Tuamotu, et neuf dans les communes de Tahiti. Des tournées sont programmées dans les îles ne disposant pas d'antenne sociale. Depuis 2018 les circonscriptions sont progressivement réorganisées afin d'améliorer l'action déconcentrée. La gestion des archipels va relever de subdivisions dédiées (5) aux côtés de 9 circonscriptions qui garderont leur compétence sur les communes des îles du Vent.

La direction compte 216 agents en 2017. Les dépenses de personnel s'élèvent en 2017 à 1 259 MF CFP (10,6 M€).

124 sont répartis dans les circonscriptions, 72 travaillent au siège à Papeete, et 16 dans la structure d'accueil pour personnes âgées du Fare Matahiapo à Taravao. Les effectifs se répartissent entre travailleurs sociaux et services de support administratif ou technique :

- Administration : 70 agents
- Appui technique : 49 agents
- Travailleurs sociaux : 97 agents dont 33 en protection de l'enfance.

A noter que ces chiffres sont ceux du rapport annuel 2017 de la DFSE alors que les données du débat d'orientation budgétaire 2019 font état de 90 travailleurs sociaux dont 41 en protection de l'enfance. La mission a retenu pour son analyse ces données, plus récentes et plus détaillées.

3.2.2 Une tâche chronophage de gestion des aides qui s'effectue au détriment de l'accompagnement et de la détection de nouveaux besoins

L'effectif de 90 personnes est réparti entre des travailleurs sociaux polyvalents (45), spécialisés en protection de l'enfance (41) ou en publics vulnérables (4).

Les entretiens et les enquêtes sociales constituent l'activité principale des travailleurs sociaux. On constate une disparité importante entre les ratios de productivité selon les circonscriptions, qui peut s'expliquer partiellement par les caractéristiques des territoires couverts.

Tableau 5 : Effectifs et activité des travailleurs sociaux

	Effectif TS			Activités			Ratio	
	Polyvalent	Protection de l'enfance (PE)	Public vulnérable	Entretiens	Enquêtes sociales	Suivi protection enfance (PE)	enquêtes et entretiens / TS polyvalent	Suivi PE / TS PE
Papeete Australes	7	5		5 564	4 285	397	1 407	79
Faa'a	6	7	1	4 560	1 740	603	1 050	86
Punaauia-Paea	4	6	1	2 155	2 283	345	1 110	58
Papare-Teva i uta	4	3	1	4 500	1 834	292	1 584	97
Mahina Hitiaa o te ra Marquises	6	5		7 680	4 214	259	1 982	52
Pirae Arue Tuamotu Gambiers	6	5	1	4 500	2 820	263	1 220	53
Iles sous le vent	6	3		8 790	2 531	198	1 887	66
Taiarapu	3	4		3 215	985	136	1 400	34
Moorea Maiao	3	3		1 688	1 007	167	898	56
TOTAL	45	41	4	42 652	21 699	2 660	1 430	65

Source : *Audit 2017 commandité par le gouvernement sur les besoins en effectifs et les emplois de la DFSE*

Les travailleurs sociaux souffrent de procédures chronophages, alimentées par un dispositif d'aides disparate et spécifique à chaque régime, qui concentrent leur action sur le traitement des demandes (évaluation, suivi) plutôt que sur l'accompagnement et la réinsertion des bénéficiaires d'aides sociales. Les associations impliquées dans l'action sociale déplorent également les mêmes difficultés (voir encadré ci-dessous sur la Croix-Rouge).

L'extension du nombre de bénéficiaires est également une priorité, alors que certaines populations ne sont toujours pas touchées en raison de leur éloignement géographique (vallées, îlots éloignés) ou de leur réticence culturelle à solliciter une aide. L'identification des besoins, qui s'appuie aujourd'hui sur le seul recueil de signalements, devrait s'ouvrir à une méthodologie plus robuste et exhaustive.

La simplification administrative du dispositif d'aides permettrait de dégager le temps nécessaire à l'amélioration de la détection et l'accompagnement social des bénéficiaires. La création d'une allocation universelle, a été un temps envisagé, mais s'est heurtée à des réticences politiques de crainte de reproduire un modèle ultramarin considéré comme trop dépendant aux minimas sociaux. Moins ambitieuse, la simplification des dispositifs administratifs (ex : allocation fixe) constituerait néanmoins une première étape d'allègement efficace.

Encadré 1 : La Croix Rouge en Polynésie

La Croix Rouge est active dans le domaine de l'action sociale et dispose d'un établissement de formation d'éducateurs spécialisés. Elle emploie huit salariés et s'appuie sur un réseau de bénévoles de terrain. Leurs centres sont alimentés essentiellement par le FAS (80 % soit 24,5 MF CFP).

La Croix Rouge a un positionnement complémentaire au FAS et cible une population d'exclus des aides institutionnelles dite « intermédiaire » car bénéficiant d'un minimum de ressources financières. Elle demande à ses bénéficiaires une implication personnelle via une participation financière d'environ 10 % de l'aide totale. Il s'agit essentiellement de familles étendues vivant sous un même toit sur le revenu d'un seul de ses membres.

Les difficultés rencontrées par la Croix Rouge concernent essentiellement le besoin en accompagnement social, comme le conseil à la bonne composition familiale, à une meilleure consommation. Son action s'appuie sur son réseau de magasins d'aide d'alimentaire qui permettent d'entrer en contact avec les bénéficiaires et de proposer des ateliers avec les bénévoles.

La Croix Rouge gère une maison de jour pour personnes âgées (+ 70 ans) non dépendantes de 12 places. Il s'agit essentiellement de personnes autonomes mais en situation d'isolement social. Elle porte également un projet d'établissement de lutte contre les addictions.

3.2.3 Les besoins en travailleurs sociaux sont estimés par la DSFE à environ 90 postes supplémentaires, soit un doublement de l'effectif actuel

Un audit a été commandité par le gouvernement en 2017 afin d'évaluer les besoins en effectifs et les emplois de la DSFE. Les résultats ont mis en évidence un déficit de travailleurs sociaux d'environ 80 postes. Le ratio de travailleur polyvalents est d'un pour 5 960 habitants. Sur la base d'un ratio « préconisé » par l'audit d'un pour 3 500 habitants, 32 postes polyvalents devraient être créés. Concernant la petite enfance, la norme « admise » par l'audit est d'un travailleur social pour 30 enfants, ce qui nécessiterait la création de 48 postes sur la base du ratio actuel de 1 pour 65 enfants.

Les particularités de la situation polynésienne la rendent difficilement comparable avec des normes établies. Si les conditions de travail y sont plus compliquées en raison des spécificités sociales et géographiques de l'archipel, l'étendue des prestations servies et donc des populations touchées est plus limitée. En métropole par exemple on compte 113 ETP de travailleurs sociaux pour 100 000¹⁸⁷ habitants, contre environ 30 en Polynésie, mais le suivi demandé concerne un éventail de besoins et de prestations plus large comprenant notamment le RSA et l'APA (prestation d'autonomie des personnes âgées), qui n'existent pas en Polynésie. Si les normes préconisées par l'audit ne peuvent être confirmées par la mission, il n'en demeure pas moins que le nombre de travailleurs sociaux apparaît nettement inférieur aux besoins.

Par ailleurs, la DSFE se voit transférer la gestion des aides sociales des ressortissants du régime général des salariés (RGS) qui concernerait environ 2500/2800 familles, et ne s'estime pas en mesure d'assumer cette nouvelle mission à moyens constants. Elle a demandé le recrutement de 12 travailleurs sociaux.

Des efforts ont été consentis en 2018. La DSFE a obtenu 11 postes de travailleurs spécialisés enfance de catégorie B et la création d'un poste de psychologue pour doter la subdivision des archipels, mais n'a pu obtenir les 12 postes supplémentaires demandés pour assurer la surcharge

¹⁸⁷ DREES 2018 – « L'aide et l'action sociales en France »

liée au transfert d'activité de la CPS. Avec un salaire moyen chargé de 5 644 341 CFP (47 154 €), le coût annuel des 12 recrutements demandés se chiffrerait à 67,7 MF CFP (565 k€).

Le recrutement de nouveaux travailleurs sociaux exige une formation adéquate en personnel qualifié. Une première promotion de formation alternées (AS, ES ou autres) sur 3 années a été lancée en 2018 pour 18 postes d'éducateurs spécialisés. Les besoins pour 2019 sont de 20 assistants en service social et de 15 accompagnants éducatif et social. Pour ces formations un montant de 75 MF CFP (626 k€) a été demandé par la DSFE au budget 2019.

S'agissant des professionnels et du personnel d'encadrement en cours d'emploi, la formation continue est organisée autour de sept modules. Deux modules de self-défense et de gestion des situations difficiles intègrent les nouveaux besoins liés à l'émergence des comportements violents. Le budget prévisionnel nécessaire pour la formation continue s'élève à 17,5 MF CFP (146 k€).

Recommandation n°2 : Poursuivre les formations initiales et continue pour les travailleurs sociaux

A l'image du marché du travail en Polynésie, les travailleurs sociaux privilégient les postes dans les Iles sous le Vent. Les candidats à la délocalisation sont rares, faute d'incitation, et à l'exception des locaux, il est difficile de stabiliser les affectations dans les archipels.

Actuellement seuls les responsables de circonscription des Iles du Vent sont primés. L'arrêté devant accorder une prime aux responsables de subdivision (dans les autres archipels) n'a pas encore été pris, et les candidats retenus à l'issue du concours ne peuvent donc pas être nommés bien que les primes correspondantes aient déjà été budgétées.

4 LES AIDES DU FAS

Les régimes de protection sociale sont dotés d'un Fonds d'action sociale, tous gérés désormais par la DSFE depuis le transfert au 1^{er} janvier 2019 des ressortissants du RGS. Malgré les demandes de la mission, il n'a toutefois pas été possible d'obtenir les données et rapports d'activités du FAS RGS pour les années 2018 et antérieures lorsque le Fonds relevait de la gestion de la CPS. C'est pourquoi à quelques exceptions près, seules les données des FAS RSPF et RNS sont présentées ci-après.

Les aides du FAS bénéficient à près de 6 600 familles, essentiellement affiliées au RSPF, pour un montant de 2 205 MF CFP (18,5 M€) en 2017.

Tableau 6 : Nombre de bénéficiaires FAS

	FAS RSPF		FAS RNS	
	Nombre d'aides	Nombre de familles	Nombre d'aides	Nombre de familles
2012	22 880	8 849	340	218
2013	23 196	18 772	313	179
2014	18 982	8 171	257	149
2015	16 066	7 284	297	199
2016	8 868	4 857	292	213
2017	16 443	6 586	651	189

Source : CPS

4.1 Les aides sociales des FAS touchent en apparence de nombreux publics mais elles priorisent en réalité la situation des enfants scolarisés

4.1.1 Les prestations couvrent un champ social large et disparate

Les prestations sociales se sont accumulées et sédimentées au fil du temps, sans véritable cohérence. Les documents communiqués à la mission, sans permettre un inventaire exhaustif, permettent d'identifier plusieurs dizaines d'aides, parfois sur des périmètres très réduits (tickets McDo) qui laissent imaginer les difficultés de gestion pour l'administration et la lisibilité pour le moins confuse pour les publics concernés.

Le document de la commission d'évaluation du FAS regroupe les aides en cinq catégories, qui soulignent une approche plutôt budgétaire que populationnelle.

Les prestations en nature sont exclusivement versées sous la forme de bons ou de décisions de prises en charge pour des :

- aides de première nécessité (alimentaire, vestimentaire ...)
- aides liées à la santé
- aides pour l'amélioration de l'habitat et aux loyers
- aides à l'épanouissement de l'enfant
- autres aides à la famille (transport, insertion ...)
- aides pour la protection des publics vulnérables (frais de placement enfant, personne âgée, adulte handicapé, les indemnités de gardiennage et d'intervention de tierce personne).

Les prestations en espèces, correspondent aux versements d'aides financières et aux prestations en faveur des ex-ressortissants du RPSMR.

La participation aux cantines scolaires est versée directement aux gestionnaires de cantine. Cette aide comprend l'aide de base (85 F CFP pour Tahiti et 95 F CFP pour le reste de la Polynésie, par jour et par enfant) et la prise en charge de la part résiduelle à la charge de la famille pour un montant global plafonné à 500 F CFP en y intégrant la part actuellement versée par la CPS.

Les programmes d'action sociale subventionnent en fonctionnement et en investissement des associations porteuses de projets en faveur des différents publics vulnérables.

Les aides exceptionnelles et actions collectives prennent la forme de bons de commande ou de versements en espèce. Elles bénéficient majoritairement aux enfants scolarisés pour financer les achats de fournitures et vestimentaires à la rentrée scolaire.

A l'instar des prestations légales, les conditions de versement des aides sociales dépendent du régime d'affiliation, et créent des situations d'inégalité dans la mesure où les publics ayant les mêmes besoins bénéficient de traitements différents.

Recommandation n°3 : Simplifier le dispositif d'aide sociale des Fonds d'action sociale en réduisant le nombre d'aides et en harmonisant leurs conditions d'attribution

4.1.2 Les aides du FAS sont financièrement concentrées sur les enfants scolarisés

Les dépenses des FAS RSPF et RNS s'élèvent à 2 205 MF CFP, soit 18,5 M€.

Les aides aux enfants scolarisés concentrent la moitié des dépenses, plus particulièrement le financement des cantines qui absorbe 4,7 M€ soit 25 % du budget des FAS. Sur la période de la convention ces postes ont été les premiers contributeurs à l'augmentation du budget du FAS (+ 1,0 Mds F CFP en 2015). La protection des publics vulnérables, placés judiciairement ou par décision administrative, représente le second poste de dépenses avec 410 MF CFP (3,4 M€).

Tableau 7 : Budget modifié 2018 du FAS RSPF et FAS RNS (MF CFP)

	FAS RSPF	FAS RNS
Total général	2 044,0 (17,1 M€)	160,6 (1,4 M€)
A - PRESTATIONS EN NATURE	912,1	29,0
1 - AIDES DE PREMIERE NECESSITE	240,0	6,7
dont aides alimentaires	170,0	4,5
2 - SANTE	17,0	1,3
3 - HABITAT ET LOGEMENT	37,0	2,6
4 - AIDES A L'EPANOUISSEMENT DE L'ENFANT	188,8	14,4
dont bourses de vacances	135,0	9,0
5 - AUTRES AIDES AUX FAMILLES	22,3	1,6
6 - PROTECTION DES PUBLICS VULNERABLES	407,0	2,5
dont placement enfants en familles Tiers ou Feti	120,0	-
dont accueillants familiaux (enfants et adultes)	125,0	-
B - PRESTATIONS EN ESPECES	26,0	0,6
C - PARTICIPATION AUX CANTINES SCOLAIRES	487,8	69,0
D - PROGRAMMES D'ACTION SOCIAL	256,0	-
dont insertion des familles	89,5	-
dont insertion des jeunes	106,2	-
E - AIDES EXCEPTIONNELLES ET ACTIONS COLLECTIVES	362,1	62,0
dont aides exceptionnelles aux enfants scolarisés	308,1	60,0

Source : DFSE

4.2 Les prestations en nature

Les aides sociales individuelles sont accordées sous conditions de ressources à la demande des bénéficiaires, après évaluation des besoins par un travailleur social (cf. 3.1.1).

Tableau 8 : Montant des prestations en nature des FAS RSPF et RNS (MF CFP, 2018)

	FAS RSPF	FAS RNS
1 - Aides de première nécessité	240 (26 %)	6 (23 %)
2 - Santé (géré par la CPS)	17 (2 %)	1 (4 %)
3 - Habitat et logement	37 (4 %)	2 (9 %)
4 - Aides à l'épanouissement de l'enfant	188 (21 %)	14 (45 %)
5 - Autres aides à la famille	22 (2 %)	1 (5 %)
6 - Protection des publics vulnérables	407 (45 %)	2 (9 %)
TOTAL	912 (7,7 M€)	29 (0,2 M€)

Source : DSFE

4.2.1 La protection des publics vulnérables, premier poste de dépenses, s'appuie sur un dispositif d'accueil par des personnes physiques qui doit pourrait être mieux encadré

Les dépenses sont liées aux différents placements judiciaires ou administratifs décidés afin de protéger le public vulnérable suivi par la DSFE (mineurs et majeurs). 2013 mesures de protection ont été prises en 2017, dont 1906 judiciaires. Les budgets réservés à l'accueil de ces publics restent modestes (environ 1 700 € par an par personne). De fait la capacité est limitée et seules 543 ont pu être placées dans des familles ou structures d'accueil, exclusivement dans les îles de Tahiti et de Moorea.

Tableau 9 : Budgets modifiés 2018 des aides FAS liées à la protection des publics vulnérables (MF CFP)

	RSPF	RNS
Placement enfants en familles agréées	0	0
Placement enfants en familles Tiers ou Fetii	120,0	0
Accueillants familiaux (enfants et adultes)	125,0	0
Placement personnes âgées	10,0	0
Hébergement personnes âgées (Fare matahiapo)	5,0	0,1
Tierces personnes	70,0	2,3
Placement Adultes handicapées	77,0	0,1
TOTAL	407,0 MF CFP (3,4 M€)	2,5 MF CFP (21 K€)

Source :

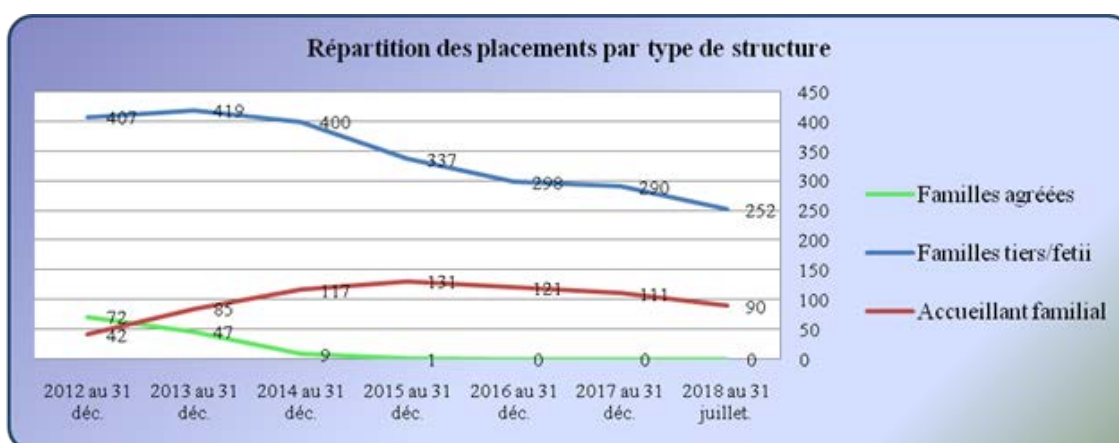
Le dispositif d'accueil familial est règlementé par les dispositions de la loi du Pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 relative aux accueillants familiaux, modifiée par arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017.

S'agissant des modalités de rémunération, l'accueillant familial agréé perçoit une indemnité pour service rendu (ISR), une indemnité représentative de frais d'entretien courant de la personne accueillie (IFE) et une indemnité en cas de sujétions particulières.

4.2.1.1 Le placement des enfants se heurte aux difficultés de recrutement des accueillants familiaux

La placement des enfants représente le premier poste de dépenses de la protection des publics vulnérables. Au 31 juillet 2018, 342 mineurs étaient placés.

Graphique 2 : Répartition des placements par type de structure d'accueil



Le mode de placement chez des « fetii¹⁸⁸ » reste largement utilisé par les travailleurs sociaux, même si l'augmentation des situations de conflit familial entraîne progressivement une baisse de ce mode de placement. Ce sont principalement les grands-parents, les oncles et les tantes qui se proposent d'accueillir les mineurs.

Les familles tiers sont celles qui ne souhaitent pas être agréées pour ne pas se retrouver dans le cadre réglementaire instauré par la loi du Pays de 2009. Ces tiers peuvent avoir un degré de parenté situé au-delà du quatrième degré avec le mineur placé.

Tableau 10 : Nombre d'enfants placés en famille (au 31/07/2018)

	RSPF	RNS	RGS	Total
Nombre de mineurs	176	3	73	252
Montant / bénéf (CFP)	346 799	245 000	283 634	295 900

Source : DSFE

Les accueillants familiaux sont soumis à agrément. Depuis 2018 l'agrément relève de la compétence de l'ARASS.

L'accueillant familial agréé perçoit des indemnités de frais de placement dont le montant commence à 105 000 F CFP (880 €) / mois pour 1 enfant accueilli.

¹⁸⁸ « te fetii » : le parent en tahitien

Tableau 11 : Evolution et répartition des placements chez les accueillants familiaux :

	2013	2014	2015	2016	2017	31/7/18
Nbre d'enfants	85	117	131	121	111	90

Source : DSFE

La fonction d'accueillant familial reste peu attractive en raison des difficultés rencontrées avec certains mineurs confiés à la DSFE. Peu accompagné, l'accueillant familial doit gérer des problèmes voire des troubles du comportement du mineur placé, susceptibles de conduire à un arrêt de la prise en charge ou à des actes de maltraitance.

Aussi la DSFE a entrepris en 2018 une campagne de recrutement basée plus sur la proximité que sur la communication à grande échelle. Par ailleurs, des sessions de formation initiale et continue sont proposées aux accueillants familiaux par l'institut de formation de la Croix rouge.

Recommandation n°4 : Inciter financièrement et par la formation à l'accueil familial, en mettant la priorité sur les îles des archipels qui n'en sont pas dotées

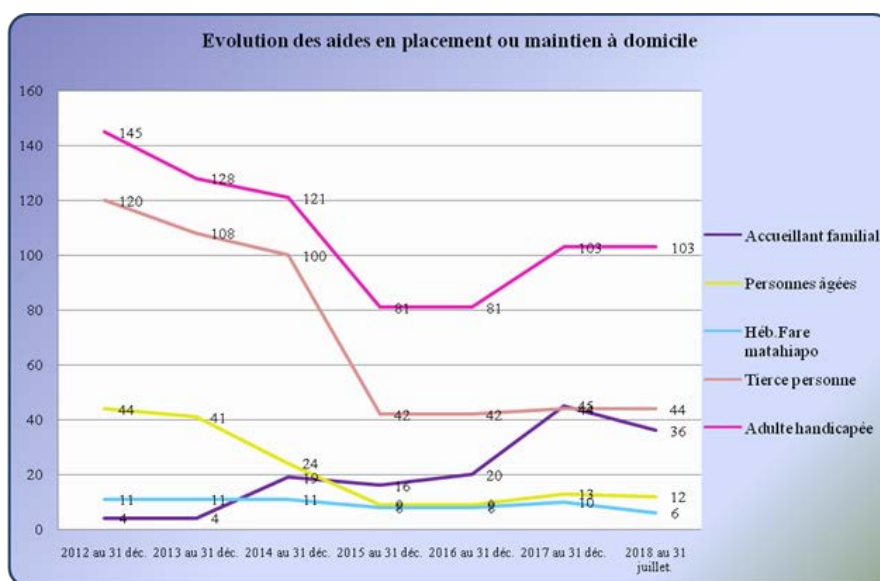
4.2.1.2 L'offre pour les adultes vulnérables ne répond pas aux besoins, et s'appuie sur des placements chez l'habitant souvent dépourvus de cadre juridique

En 2018 201 personnes majeures étaient placées ou bénéficiaient d'un soutien à domicile par une tierce personne. Les modes de placement ont peu évolué mais la forte diminution des disponibilités depuis 2012 (320 personnes) traduit les difficultés à organiser la protection de ces populations, pour lesquelles il n'existe par ailleurs aucune prise en charge institutionnelle publique.

L'offre capacitaire est loin de répondre aux besoins d'une population vieillissante. Elle repose sur des solutions individuelles souvent non agréées ou mal contrôlées et qui peuvent se retrouver inadaptées à la prise en charge de publics particulièrement fragiles.

Les différents modes d'accueil sont rappelés sur le graphique ci-dessous :

Graphique 3 : Evolution des aides en placement ou maintien à domicile de 2012 à 2018



Source : DSFE

Les accueillants familiaux d'adultes concernent l'accueil de personnes âgées et personnes handicapées par des proches familiaux. Cette modalité d'accueil concerne un nombre très restreint de bénéficiaires. Au 31/12/2018 on comptait 32 accueillants familiaux agréés et 36 adultes placés (dont 13 personnes âgées).

Un statut spécifique permet à des familles sans lien de parenté d'héberger des personnes vulnérables. Ce mode de placement est peu utilisé et ne concerne que 12 personnes âgées et 23 personnes handicapées. Le statut est réglementé par la Loi de Pays n°2009-16 du 6 octobre 2009 qui impose des conditions d'accueil favorables, un engagement pour un accueil de façon continue, et un suivi social et médico-social en partenariat avec la DSFE.

Comme pour les mineurs, l'ARASS est chargée de l'agrément et du contrôle des accueillants, avec l'appui de la DSFE chargée des évaluations sociales et psychologiques des candidatures. La direction rencontre des difficultés à trouver des accueillants familiaux d'adultes. Pour ce premier semestre de l'année 2018, il n'y a eu que 3 candidatures validées sur 9 présentées en commission.

La tarification applicable pour les adultes est différente de celle des placements enfants (l'indemnité de service rendu est multipliée par le nombre de personnes accueillies, ce qui n'est pas le cas pour les mineurs). L'indemnité de service rendu versée aux accueillants familiaux est multipliée par le nombre de personnes accueillies.

Encadré 2 : Encadré : Les particularités du placement de personnes atteintes de troubles psychiatriques

Le placement en famille d'accueil des personnes atteintes de troubles psychiatriques est mis en place en Polynésie française pour pallier la carence de lits au CHPF et l'absence de structures spécialisées. Il s'applique à des personnes dites « stabilisées », pouvant intégrer une structure d'accueil et développer un potentiel pour une vie sociale. Dès lors, il ne peut s'exercer que sous la responsabilité d'un psychiatre du CHPF et suivant l'accord des tuteurs concernés.

En Métropole, les familles d'accueil thérapeutiques sont mises en place par les établissements hospitaliers et la responsabilité technique et médicale de ce service est confiée à un médecin psychiatre. Une équipe de soins pluridisciplinaire et spécialisée assure l'organisation, le soutien thérapeutique et le contrôle de l'accueil familial.

Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, même avec leur consentement, ne sauraient être placées auprès d'accueillants familiaux (au sens de la loi de pays n° 2009-16) mais nécessiteraient un suivi par des personnels spécialisés sous la responsabilité d'un psychiatre.

Des structures peuvent accueillir les adultes vulnérables. Pour les personnes âgées (60 ans et plus) on recense :

- **Une maison de retraite** : La Polynésie ne dispose que d'un centre d'hébergement pour personnes âgées, le centre « Te Fare Matahiapo », ouvert aux personnes présentant un état de santé autonome à semi autonome. Depuis le 1^{er} février 2018, la gestion du centre a été confiée à la Direction de la santé. D'une capacité d'accueil de 22 places, il n'hébergeait plus, au 31 janvier 2018, que 13 personnes dont 6 bénéficiaient d'une prise en charge par le FAS (720 000 F CFP en complément de leur participation des 2/3 de leurs revenus).
- **Un service de soins de longue durée** : Le service long séjour de l'hôpital de Taravao est un service de santé public. Il dispose d'une capacité d'accueil de 20 lits, accueille 16 personnes handicapées et âgées en perte d'autonomie avec une prise en charge médicale lourde, nécessitant un plateau technique spécialisé.

- **Des unités de vie :** mode d'hébergement collectif géré par des organismes ou des personnes physiques, accueillant 4 à 10 personnes. Les unités sont des structures privées, non suivies et non financées par le FAS, et ne définissant pas forcément de critères d'âge pour l'accueil. On dénombre 20 structures pour une capacité 140 places, toutes situées à Tahiti et Moorea. De fait il n'existe aucune procédure d'agrément ou de contrôle pour ces établissements. La DSFE a reçu neuf signalements depuis 2013.

Depuis 2017¹⁸⁹ la DSFE peut travailler avec des unités de vie privées. La direction a entamé en 2018 des rencontres afin d'évaluer les prestations proposées et leur tarification (restauration, hébergement, activités, etc...). Cette démarche a permis de réajuster les tarifs des unités de vie en fonction des prestations proposées et de pouvoir ouvrir des financements à des structures privées dont les personnels répondent à un niveau de qualification minimal. 11 personnes âgées ont pu être placées dans ces structures privées avec des tarifs plus élevés, tout en respectant le plafond des aides à hauteur de 140 000 F CFP (1 174 €).

Les 70 adultes handicapés qui ne sont pas accueillis par des familles sont placés au sein d'unités de vie décrites ci-dessus :

- 12 unités de vie psychiatrique (63 placements) gérées par l'association TUTELGER au travers d'une convention.
- 7 unités de vie privées avec (17 placements)

Recommandation n°5 : Doter la Polynésie d'un dispositif réglementaire fixant les règles d'accueil et de formation des personnels dans les unités de vie

Enfin, certaines personnes être maintenues à domicile en bénéficiant de l'intervention de « tierce personne » à domicile. Seuls les ressortissants RSPF peuvent disposer de cette modalité de prise en charge, dont ils doivent financer une partie du coût. Au 31 juillet 2018 44 adultes bénéficiaient du dispositif. Le montant moyen financé par bénéficiaire s'établissait en 2018 à 1,1 MF CFP (9 223 €).

Tableau 12 : Volume horaire pour le maintien à domicile avec l'aide à la tierce personne (RSPF)

	2016	2017
Personnes porteuses de handicap	33 280 h	53 040 h
Personnes âgées	10 400 h	17 160 h
TOTAL	43 680 h	70 200 h

Source : *Débat d'orientation budgétaire 2019*

Recommandation n°6 : Développer les prises en charge à domicile avec le recours aux tierces personnes.

¹⁸⁹ La note de service n° 27084/MSS/DAS du 22 septembre 2017

4.2.2 Les autres prestations en nature concernent essentiellement l'aide alimentaire

Les aides alimentaires (174,5 MC CFP soit 1,5 M€) représentent le premier poste budgétaire des aides de premières nécessités (246,7 MF CFP soit 2,1 M€). Dans les archipels éloignés l'évaluation des besoins tente davantage de prendre en compte la capacité d'autosubsistance, de façon à l'encourager, et aider les familles par d'autres moyens.

Les bourses de vacances s'élèvent à 144 MF CFP (1,2 M€). Elles sont accordées pour permettre aux enfants de participer à des activités durant les vacances scolaires, dans des centres préalablement agréés par la DSFE.

Les aides sociales en faveur de la garde d'enfants sont modestes avec un budget de 32,5 MF CFP M€ (0,3 M€) en 2017. Elles s'orientent prioritairement sur le financement de places en structures, nombreuses à Tahiti mais inexistantes dans les autres archipels où le seul mode de garde financé sont les nounous qui n'étaient plus financées en 2018. On compte 42 établissements proposant une capacité d'accueil de 820 et 726 places respectivement en préscolaire et scolaire. 39 d'entre eux sont à Tahiti, un à Moorea et deux à Bora-Bora/Raiatea.

Enfin, phénomène récent et conséquence de la précarité croissante, le nombre de sans-abri augmente de façon préoccupante en Polynésie française, particulièrement en milieu urbain. La prise en compte de ce phénomène par les pouvoirs publics est encore émergente. Le dénombrement des cas de sans-abri ne s'appuie encore sur aucune statistique officielle. Les associations, qui assurent leur prise en charge, en évalue le nombre entre 400 et 750 sur l'agglomération de Papeete.

Souvent sans document administratif et dans l'impossibilité d'ouvrir un compte en banque, la plupart des sans-abris ne sont plus affiliés et ne peuvent donc bénéficier des aides sociales proposées par le RSPF.

4.3 Les autres catégories de dépenses s'ajoutent aux soutiens déjà reçus par certaines populations

4.3.1 La participation aux cantines scolaires a largement augmenté entre 2014 et 2017

Les FAS RSFP et RNS versent une aide de base et une aide complémentaire pour la prise en charge des repas aux enfants allocataires du RSPF. Cette participation est une prestation directement gérée par la CPS. Les repas de cantine sont pris en charge à hauteur d'un plafond de 500 F CFP/jour (cf. 4.1.1).

La participation aux cantines scolaires est une priorité budgétaire significative du FAS, qui y consacre 25 % de ses ressources. Depuis 2012, pour un nombre de bénéficiaires équivalent, le montant des aides a augmenté de 193 %. En 2017 le RSPF a alloué à ces aides 454 MF CFP (3,8 M€) pour un total d'enfants aidés de 12 439.

4.3.2 Les programmes d'action sociale financent des associations d'insertion

Le dispositif Programmes d'Action Sociale (PAS) soutient des programmes de prise en charge de publics précaires ou en situation de vulnérabilité sociale. Il peut également financer la création d'établissements relevant du champ médico-social et/ou socio-éducatif gérés par le secteur associatif.

Le FAS intervient en co-financement avec les porteurs de projet, sur une base ponctuelle. Néanmoins plusieurs associations dépendent exclusivement de ces fonds pour la continuité du service rendu.

En 2017 le budget modifié s'est élevé à 274,5 MF CFP (2,3 M€)

Tableau 13 : Principaux projets financés sur le PAS en 2017

Associations	MF CFP	Observations
APAJ « Te Rama Ora » (Aide aux Victimes)	28,9	Charges de fonctionnement
CROIX ROUGE Epicerie Solidaire	24,8	Charges de fonctionnement
TE MAU ARATAI (protection majeurs vulnérables)	29,8	Charges de fonctionnement
TE AHO NUI (foyer d'accueil pour mineurs)	42,7	Charges d'investissements
TE UI RAU (insertion par l'économie)	30,5	8,75 ETP financés

Source : DSFE

Recommandation n°7: Pérenniser le soutien des associations exerçant une activité continue par un financement pluriannuel ou un financement par la branche handicap du RSPF

4.3.3 Les aides exceptionnelles et actions collectives concernent en réalité l'aide à la rentrée scolaire

Le budget des aides exceptionnelles finance prioritairement les aides aux enfants scolarisés qui prennent en charge certains frais de rentrée scolaire (fournitures, frais vestimentaires...). Le montant de l'aide est déterminé selon l'âge des enfants scolarisés. Cette aide est attribuée depuis la rentrée scolaire 2016 aux ressortissants du RSPF et depuis la rentrée scolaire 2018 aux enfants du RNS, pour partie en espèces et pour partie en nature.

En 2017 elle s'est élevée à 360 MF CFP (3,0 M€) et a bénéficié à 16 062 enfants, soit environ 22 kF CFP par enfant (188 €).

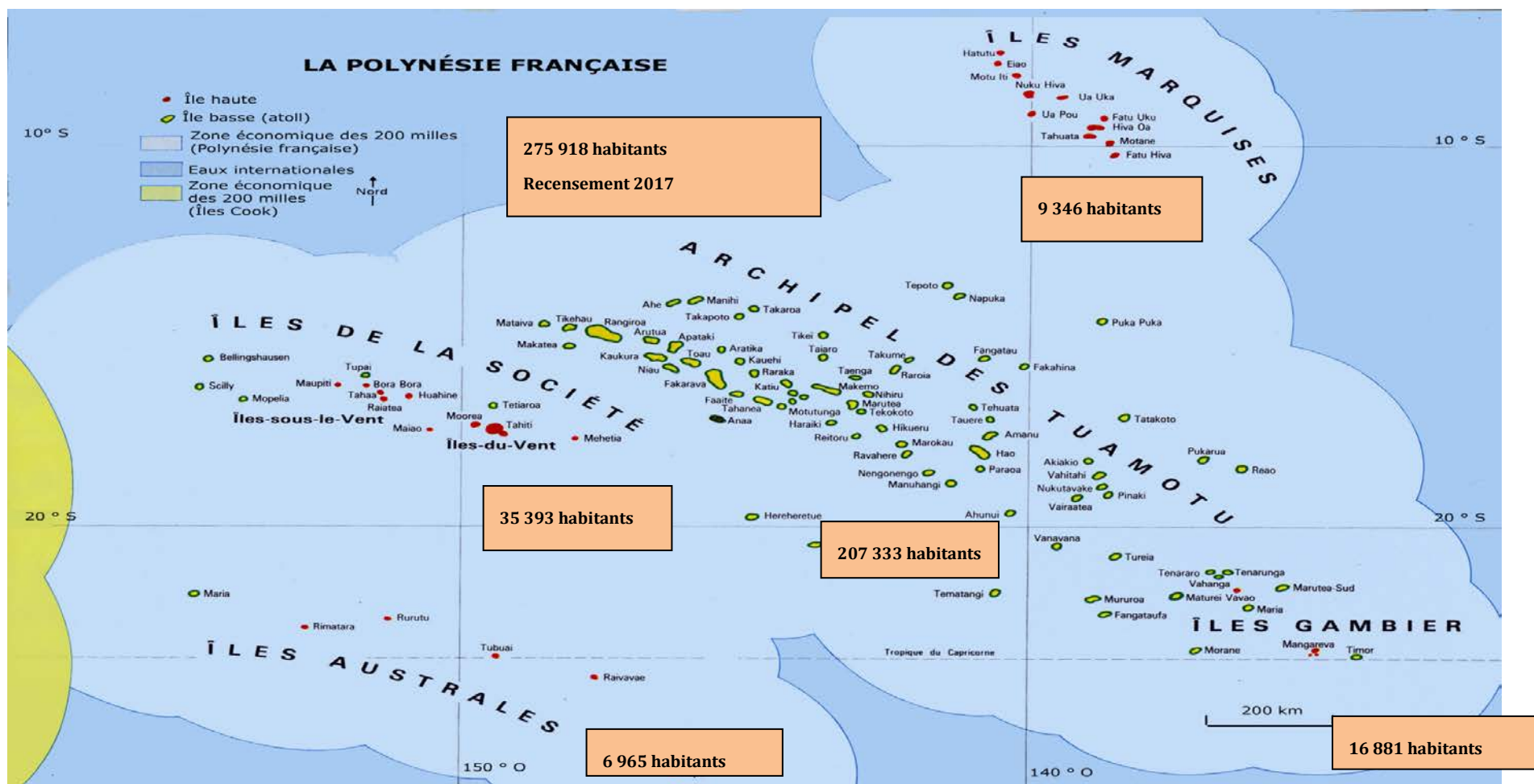
Liste des recommandations de l'annexe 7

1	Apporter un effort particulier à la prise en charge du handicap et simplifier le dispositif
2	Poursuivre les formations initiales et continue pour les travailleurs sociaux
3	Simplifier le dispositif d'aide sociale des Fonds d'action sociale en réduisant le nombre d'aides et en harmonisant leurs conditions d'attribution
4	Inciter financièrement et par la formation à l'accueil familial, en mettant la priorité sur les îles des archipels qui n'en sont pas dotées
5	Doter la Polynésie d'un dispositif règlementaire fixant les règles d'accueil et de formation des personnels dans les unités de vie
6	Développer les prises en charge à domicile avec le recours aux tierces personnes
7	Pérenniser le soutien des associations exerçant une activité continue par un financement pluriannuel ou un financement par la branche handicap du RSPF

ANNEXE 8

COMPTES RENDUS DES DEPLACEMENTS DE LA MISSION

Pour appréhender les spécificités géographiques et démographiques de la Polynésie, et ses impacts sur l'organisation de la réponse aux besoins de santé et aux besoins sociaux de la Polynésie, la mission a effectué deux déplacements, l'un aux Marquises (Nuku Hiva) et l'autre aux Tuamotu (Fakarava et Aratika). A cette occasion, la mission a examiné les conditions d'admission au RSPF et l'impact de la réforme des procédures, qui était un des objectifs de la convention État/Pays.



1 LES MARQUISES : DEPLACEMENT DE LA MISSION A NUKU HIVA (CLAUDE DAGORN, IGAS ; ET JEAN MARIE PAULOT, IGA DU 17 NOVEMBRE APRES MIDI AU 19 NOVEMBRE)

L'archipel des Marquises – 9 346 habitants soit 3,4 % de la population totale de la Polynésie française- comprend une quinzaine d'îles dont 6 sont habitées : au Nord, Nuku Hiva (2 951 habitants), Ua Pou (2 213 h) et Ua Huka (674 h) ; au Sud, Hiva Oa (2 243 h), Tahuata (653 h) et Fatu Hiva (653 h). Elles s'étendent sur près de 350 kms.

Situées à 1 500kms de Tahiti elles présentent un relief prononcé et une végétation dense. Les traditions et la culture y restent très vivantes. La population est très attachée à cette terre.

La mission s'est rendue sur l'île de Nuku Hiva à Taihoe, où se trouve le seul hôpital de l'archipel, mais également dans les vallées jusqu'à Aakapa et Hatiheu sur la côte Nord. Elle a rencontré les professionnels de santé de l'hôpital, les infirmiers libéraux, des élus et agents de la commune de Taihoe, le chef de la subdivision des îles Marquises, des personnels de de l'antenne de la CPS ainsi que l'aide-soignante et l'infirmière des postes de secours d'Aakapa et de Hatiheu.

1.1 Des contraintes archipélagiques très fortes :

Les Marquisiens souffrent d'un triple isolement :

- De Papeete qui est à 3h15 de vol. Deux aéroports (Nuku Hiva et Hiva Oa) peuvent accueillir des ATR 42 et 72. Une escale pour ravitailler allonge la durée du vol d'une heure environ ;
- Des îles entre elles. Ua Huka est équipée d'un petit aérodrome, Ua Pou dispose d'un altiport, tous deux desservis par un petit avion le Twin Otter. Les vols inter-îles permettent de rejoindre l'un des deux aéroports en direction de Tahiti. Les déplacements inter-îles peuvent également se faire par la mer, par des « bonitiers » accueillant 8 à 12 personnes ;
- Et à l'intérieur des terres. Sur l'île de Nuku Hiva, le bourg de Taiohae (1900 habitants) où se trouve le seul hôpital de tout l'archipel est distant de l'aéroport (Terre déserte) de plus d'une heure par une route unique récemment cimentée qui passe par deux cols à 1200 m d'altitude. Le reste de la population est dispersé dans de petits villages (100-200 habitants comme Aakapa ou Hatiheu) au fond de vallées très encaissées desservies par des routes étroites et dangereuses ou des pistes.

L'accès à l'hôpital de Nuku Hiva – hôpital Louis Rollin – est donc particulièrement difficile pour les patients qui s'y rendent ou que les secours doivent aller chercher. 21 % des habitants des Marquises sont reconnus en longue maladie par la CPS, les trois pathologies les plus fréquentes étant l'hypertension artérielle (28 % des patients), le diabète sucré (20 %), et l'affection pulmonaire (15 %).

En 2017 aux Marquises, le nombre d'évacuations sanitaires (EVASAN) s'élève à 3 885¹⁹⁰ : 2 760 en direction de Tahiti (10 % du total des EVASAN) et 1 125 des îles des Marquises vers l'hôpital Louis Rollin sur Nuku Hiva.

¹⁹⁰ Source Direction de la santé.

Le nombre de patients distincts des Marquises « évasanés » vers Tahiti s'élève à 2 436. Rapporté à la population des Marquises (8 828) le ratio – 276 patients pour 1000 habitants - est le plus élevé de tous les archipels.

Le coût total de ces EVASAN (inter-îles et vers Tahiti) s'élève à 366 M FCP en 2017 soit 3,052 M€. Le coût unitaire – 93 291 (778 euros) – est le plus élevé de tous les archipels.

Ce dispositif rencontre plusieurs difficultés : les aéroports sont impraticables la nuit (sauf pour les avions militaires) ; l'accès à l'hôpital Louis Rollin – à au moins une heure de l'aéroport de Nuku Hiva situé à l'opposé de l'île est difficile (conditions météo, trafic, encombrement de la route...) ; le transport des malades est dans tous les cas complexe (route, bateau ou avion puis transport par ambulance vers l'hôpital) et nécessairement long. Avec les moyens et l'organisation actuels ces temps de transfert inter-îles des Marquises ne pourront pas être diminués et réduisent les chances des patients.

C'est pourquoi élus et responsables de l'hôpital demandent qu'un hélicoptère facilite les transferts inter-îles des Marquises jusqu'à l'hôpital. Un hélicoptère a fonctionné jusqu'en 2008, le service a été abandonné pour des raisons de coût.

Ce projet est soutenu par le gouvernement du Pays. Il se heurte à une double difficulté : de recherche d'un opérateur et de rentabilité.

Sur le premier point, un opérateur privé aurait récemment manifesté son intérêt pour une implantation aux Marquises mais l'activité de transport sanitaire ne serait qu'un complément à des activités lucratives de loisirs.

La mission constate que la répartition des moyens hélicoptérés des services de l'État (gendarmerie, sécurité civile, samu, douanes, défense) entre les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer est inégale¹⁹¹. La Polynésie ne bénéficie que de moyens militaires (2 hélicoptères Dauphin). Elle est bien moins dotée que la Nouvelle Calédonie (2 hélicoptères de la gendarmerie en plus de 3 hélicoptères militaires) ou que la Martinique (un hélicoptère de la gendarmerie, un pour la sécurité civile, 2 pour les douanes en plus des moyens de la défense) ou encore que la Guyane (un pour la gendarmerie, un pour la sécurité civile et un pour le samu). Alors que la Polynésie est le territoire le plus étendu il ne serait pas illégitime que l'État assure une meilleure allocation de ses moyens au bénéfice de ce territoire et participe à une couverture accrue des besoins des Marquises. Subsidièrement des projets - non finalisés – de bateaux aménagés pour les évacuations sanitaires sont discutés entre les autorités du Pays, de l'intercommunalité (CODIME) et des organismes de sauvetage en mer.

1.2 Les tâches d'enregistrement des admissions et des renouvellements au RSPF sont correctement tenues

L'enregistrement des demandes d'admissions est réalisé par un agent de la commune au bureau centralisateur de Taiohe sur un applicatif conçu et géré par la CPS. Les dossiers de renouvellement sont traités par l'antenne de la CPS du même bourg. La CPS assure sur place d'autres missions : affiliations, encaissement de chèques, paiement de prestations jusqu'à un seuil, réception des pièces pour les dossiers de retraite.

¹⁹¹ Annexe 6 carte des implantations des hélicoptères outre-mer dans rapport Igas/iga/cgefi/cga « les hélicoptères de service public : revue de dépenses » mai 2016.

L'enregistrement des dossiers d'admission et de renouvellement se fait sur un logiciel moderne disposant de contrôles embarqués relevant les anomalies et signalant les alertes (expiration des droits par exemple).

Les agents des communes ou de la CPS ont une très bonne connaissance de la population. Les vérifications de pièces sont effectives. Et la population éligible est couverte.

L'archipel des Marquises compte 2748 ouvrant droits et ayant droits couverts par le RSPF soit près de 34 % de la population couverte par la PSG. Ce taux peut atteindre près de 50 % dans plusieurs îles comme celles de Ua Huka, Fatu Hiva ou Tahuata, les plus petites et les plus pauvres.

Tableau 1 : Répartition des affiliés aux régimes de protection sociale aux Marquises

	RGS		Total RGS	RNS		Total RNS	RSPF		Total RSPF	Total PSG	RSS		Total RSS	Total général
	Ouvran t-droit	Ayant- droit		Ouvrant- droit	Ayant- droit		Ouvrant- droit	Ayant- droit			Ouvrant- droit	Ayant- droit		
Marquises Nord	1474	1515	2989	233	169	402	879	805	1684	5075	240	174	414	5489
<u>Nuku Hiva</u>	827	843	1670	138	83	221	380	292	672	2563	120	83	203	2766
<u>Ua Huka</u>	158	150	308	21	21	52	110	123	233	593	22	17	39	632
<u>Ua Pou</u>	489	522	1011	64	65	129	389	390	779	1919	98	74	172	2091
Marquises Sud	964	859	1823	108	68	176	577	487	1064	3063	144	132	276	3339
<u>Fatu Hiva</u>	148	118	266	9	6	15	150	116	266	547	12	12	24	571
<u>Hiva Oa</u>	674	604	1278	80	49	129	285	231	516	1923	121	107	228	2151
<u>Tahuata</u>	142	137	279	19	13	32	142	140	282	593	11	13	24	617

Source : CPS

1.3 La subdivision des Marquises : l'hôpital et le maillage territorial

1.3.1 Une organisation originale : la subdivision sanitaire

La Direction de la santé gère à travers les subdivisions territoriales des ressources essentielles à la prise en charge des patients sur la totalité des îles habitées de chaque archipel.

Le secteur privé libéral se limite aux Marquises à 1 chirurgien-dentiste, 3 kinésithérapeutes, 7 infirmiers libéraux, 2 pharmaciens de ville.

Ainsi la subdivision des Marquises pour la couverture des besoins de santé de la population :

- Gère en direct un hôpital médico-chirurgical de premier recours ;
- Régule les évacuations sanitaires urgentes en lien avec le CHPF ;
- Exploite un centre agréé d'accouchement ;
- Anime un réseau de centres médicaux, infirmeries et centres de soins qui assurent l'intégralité de la médecine de proximité ;
- Anime l'ensemble des programmes de santé publique préventifs et curatifs ;
- Organise les consultations des spécialistes en tournée ;
- Dispense des médicaments.

Deux îles bénéficient d'un centre médical comportant chacun 2 médecins, 3 infirmiers, 2 auxiliaires de soins, 1 gestionnaire, 1 agent d'entretien.

16 postes de santé sont répartis sur les 5 îles habitées composant avec Nuku Hiva l'archipel. Chaque poste de santé dispose d'un infirmier ou un auxiliaire de santé en astreinte permanente, isolé sur un site enclavé.

Graphique 1 : Carte Structures publiques de santé aux Marquises



Source : direction de la santé.

La mission a pu visiter deux de ces postes de santé à Aakapa et Hatiheu, situés dans des vallées difficilement accessibles et parfois reliés au réseau routier par des routes non entièrement viabilisées (pistes de terre). Les conditions d'exercice de ces professionnels de santé sont sans équivalent à ce qui est connu en métropole et même en outremer (à l'exception de la Guyane). La précarité sanitaire prend en ces endroits tout son sens.

Pour schématiser, à la double voire la triple insularité s'ajoute un enclavement territorial de montagne.

Pour répondre aux situations sanitaires des populations vivant dans ces vallées les infrastructures et les moyens de transport sont les suivants :

- 4 aéroports impraticables la nuit ;
- Un ou deux avions de ligne par jour ;
- Des routes bétonnées insuffisantes ;
- Des pistes parfois impraticables ;
- Pas de lagon donc souvent une mer agitée ;
- Peu de petits ports aménagés ;
- Pas d'hélicoptère ;
- Pas d'ambulances réglementaires, le plus souvent rudimentaires ;
- Pas de pompiers ou pompiers et véhicules sous-équipés.

A ces moyens logistiques insuffisants s'ajoute une couverture médicale incomplète. Les équipes de SMUR sont à 4h d'avion.

Des recours aux spécialistes des consultations avancées sont organisés dans les disciplines suivantes : gynéco-obstétrique, cardiologie, ophtalmologie, psychiatrie adultes et pédopsychiatrie.

Les evasan sont donc nombreuses pour la subdivision : 2760 en 2017 vers Tahiti et 1125 d'une des îles des Marquises vers l'hôpital de Taihoe. Enfin il convient de relever un fonctionnement administratif relativement rigide : des budgets subdélégués et dépendant de plusieurs directions de plusieurs ministères. Pour les ressources humaines c'est à la direction des ressources humaines du Territoire qu'appartiennent la plupart des décisions.

Beaucoup d'autres contingences notamment liées aux approvisionnements rendent les conditions de fonctionnement difficiles.

1.3.2 Un hôpital de premier recours : l'hôpital Louis Rollin

Cet établissement est éloigné du standard métropolitain. Rien dans sa taille, ses ressources, son organisation ou son plateau technique ne l'autoriserait à accueillir des patients en métropole. Pour autant ses personnels assurent des missions irremplaçables et précieuses pour la population.

La structure se limite à 18 lits (6 de médecine, 3 de chirurgie, 4 de gynécologie obstétrique et 5 de soins de suite et de réadaptation. Le plateau technique est très limité (bloc opératoire -2 salles-, bloc obstétrical, service de consultations externes, unité d'accueil de jour (urgences), pharmacie).

Les ressources médicales et soignantes sont à l'échelle de la structure ou parfois justifiées par les contraintes de sécurité. L'effectif médical est composé de 2 chirurgiens, 2 médecins anesthésistes, 3 médecins généralistes. Le personnel soignant comprend 2 IADE, 2 sages-femmes, 12 IDE, 5 aides-soignantes. 4 agents de la filière médicotechnique (aide de pharmacie, "laborantins", manipulateur radio) et 18 agents des filières technique, logistique et administrative complètent l'effectif.

L'activité, en baisse durant les années 2015 à 2017, donnait des signes de redressement au moment du passage de la mission. Ainsi 457 entrées avaient été enregistrées à fin juin et la prévision pour 2018 était fixée à 900 contre 701 en 2017. Les consultations, plus stables de 2015 à 2017 devaient atteindre 13 300 dont 8 000 non programmées (urgences) à fin 2018. Les consultations de chirurgie en forte progression depuis 2015 devaient atteindre 500 fin 2018. Le nombre d'interventions connaît des fluctuations selon les années : 244 en 2016, elles avaient atteint 288 fin juin pour une prévision à 550 pour fin 2018. Enfin les accouchements varient d'une année sur l'autre ; passant de 10 en 2017 à 22 en 2015, ils atteignaient 9 fin juin 2018.

La lecture des chiffres renvoie à la notion de grande précarité du fonctionnement. La mission a été frappée par l'engagement des professionnels de santé présents dans cet établissement tout en s'interrogeant sur la pérennité d'une structure aussi fragile. L'absence de solution alternative conduit à recommander une gestion des risques attentive et constante.

Sur place les responsables sont en attente d'un renforcement des moyens de transport, de préférence aérien, de l'acquisition d'un scanner (en lien avec la problématique des urgences et de la télémédecine).

La dépendance aux évacuations sanitaires est évidente, le développement de la télémédecine une exigence impérative.

Au plan des équipements et des moyens lourds deux demandes sont exprimées :

- 1 hélicoptère pour les evasan inter-îles ;
- 1 scanner pour l'hôpital de Taihoe.

En conclusion :

Les membres de la mission qui se sont rendus aux Marquises ont pu mesurer in concreto l'extrême précarité de certaines populations isolées, les difficultés d'exercice pour l'ensemble des professions de santé, du poste de soins à l'hôpital de Taihoe. La mission a pu mesurer leur engagement hors pair et la prise de risques professionnels permanente qui fait de chacun d'eux des gens d'exception sur le territoire de la République et ce, quelles que soient les autres considérations que l'on peut évoquer.

L'archipel des Marquises est représentatif à la fois des problématiques de santé et d'organisation sanitaire auxquelles sont confrontés les Polynésiens en dehors de Tahiti ainsi que des réponses que les autorités ont construites au fil du temps. La mission a bien sûr mesuré les besoins ainsi que les attentes d'une population confrontée à la précarité dans leurs conditions d'existence aux confins du territoire de la République. Aussi incomplet et imparfait soit-il, le maillage territorial patiemment construit et entretenu doit non seulement être préservé et maintenu mais aussi être résolument renforcé et complété. L'amélioration de la sécurité sanitaire et de l'accès aux soins des populations des archipels doit, pour les autorités polynésiennes comme pour l'État, être et demeurer une priorité.

2 ARCHIPEL DES TUAMOTU – DEPLACEMENT A FAKARAVA ET ARATIKA (LAURENT VACHEY, IGF, 24-26 NOVEMBRE)

2.1 La situation géographique et sanitaire des Tuamotu

2.1.1 Situation géographique et population des assurés sociaux

D'un point de vue administratif, l'archipel des Tuamotu et les Gambier forment une seule circonscription ; l'organisation des soins primaires comporte donc aussi une seule circonscription pour l'ensemble de ces îles. La subdivision des Tuamotu- Gambier compte 85 îles et atolls, dont 53 habités et une population de 16 881 habitants, soit au recensement de 2017 6,11 % de la population totale de Polynésie.

L'île de Fakarava est située à 450 km au nord-est de Tahiti soit à 1,10 heure d'avion. La population de la commune (qui inclut les îles proches, dotées d'une mairie déléguée) est de 1603 habitants, l'île elle-même compte 844 habitants. C'est un atoll de 60 km de longueur et 21 km de largeur maximales, pour 16 km² de terres émergées. C'est la deuxième destination touristique de l'archipel après Rangiroa, notamment pour les activités de plongée. Elle est classée réserve de la biosphère par l'Unesco. Il existe 4 ou 5 liaisons aériennes par semaine avec Tahiti, certaines via Rangiroa. Les îles proches de Fakarava sont : Toau (14 habitants), Aratika (225 habitants), Raraka (96 habitants), Niau (246 habitants), Kauehi (547 habitants), Taiaro (2 habitants)

L'île d'Aratika est située à 50 km de Fakarava, soit à environ 3 heures par bateau. Comme sur l'ensemble de la Polynésie, les déplacements maritimes inter-îles de passagers se font par les bonitiers accueillant en moyenne 8 à 12 personnes et les embarcations plus petites de type speed boat. L'île compte 225 habitants. C'est un atoll de 20 km de long pour 17 de large, soit 145 km², la superficie de l'île elle-même est de 8,3km². Il existerait une liaison aérienne par semaine (non répertoriée sur le site d'Air Tahiti), et l'île compte deux aéroports, l'un privé lié à l'exploitation perlière et l'autre public.

Tableau 2 : Répartition de la population couverte par régime et par archipel (réf déc. 2017)

	RGS		Total RGS	RNS		Total RNS	RSPF		Total RSPF	Total PSG	RSS		Total RSS	Total général
	Ouvrant-droit	Ayant-droit		Ouvrant-droit	Ayant-droit		Ouvrant-droit	Ayant-droit			Ouvrant-droit	Ayant-droit		
Tuamotu	4033	3714	7747	601	548	1149	2667	2360	5027	1392 3	341	321	552	14585
Fakarava	379	383	762	71	50	121	269	215	484	1367	25	29	54	1421

2.1.2 La situation sanitaire aux Tuamotu-Gambier

Pour l'ensemble des Tuamotu, 2 540 personnes sont inscrites en longue maladie à la CPS, soit 15 % de la population. Les trois pathologies les plus fréquentes, comme aux Marquises et sur l'ensemble de la Polynésie, sont l'hypertension artérielle (28 % des patients), le diabète sucré (26 %) et l'affection pulmonaire (16 %).

Sur la totalité des Tuamotu-Gambier, il existe un dispensaire (à Rangiroa) et sept infirmeries, deux centres médicaux et 23 postes de secours. Il n'existe pas d'hôpital local, contrairement aux Marquises (Hiva Hoa) ou aux îles sous le Vent (Raiatea) : tous les soins hospitaliers exigent donc une évacuation sanitaire. C'est la circonscription sanitaire la plus étendue, et la plus dispersée de la Polynésie.

Schéma 1 : Carte structures publiques de santé de la circonscription des Tuamotu-Gambier



Source : Direction de la santé.

2.1.3 Les soins primaires de Fakarava et d'Aratika

2.1.3.1 Fakarava

Le poste infirmier de Fakarava comporte théoriquement deux infirmiers, et une auxiliaire de santé publique. Il n'y a pas de praticiens libéraux à Fakarava, ni de pharmacie (la plus proche est à Rangiroa). A la date de la mission, une seule infirmière (en poste depuis mars 2017) était présente, et exerçait seule depuis quatre mois (une deuxième infirmière mobile venait d'arriver). De ce fait, elle se trouve mobilisable pour des urgences 24h/24 et 7 jours/7. Lors des consultations (lundi/vendredi de 8h à 15h30), l'infirmierie accueille environ 20 passages/jour. Un dentiste de Rangiroa vient une fois par an (un poste dentaire est en cours d'équipement dans la nouvelle infirmierie), et l'île bénéficie aussi des consultations médicales avancées (système en cours de réorganisation, cf. annexe 6).

L'infirmierie de Fakarava était en travaux lors de la mission, le poste étant provisoirement installé dans une des maisons de passage. Il n'y a pas de véhicule sanitaire à Fakarava, une éventuelle dotation suppose une convention d'entretien avec la mairie en l'absence de garage privé sur l'île.

Une des spécificités de Fakarava tient à la forte fréquentation touristique, qui induit faute de praticiens libéraux sur l'île une redirection des touristes vers l'infirmierie en cas d'accident ou de problèmes de santé. L'infirmière estime à 10 personnes par semaine cette patientèle. Faute de régie, les consultations infirmières effectuées sont gratuites. Pour les éventuelles dispensations de médicaments, l'infirmière, dans la mesure du possible, demande un devis à la pharmacie de Rangiroa, puis demande au patient de passer par la mairie pour en régler le montant par mandat à la pharmacie. L'infirmière dispense alors les médicaments correspondants sur son stock, puis la pharmacie de Rangiroa les lui envoie pour renouveler son stock.

La mise en place d'une régie de recettes serait trop complexe administrativement pour les sommes en jeu, mais il n'est pas moins anormal que le budget de la santé publique de Polynésie assure gratuitement les soins aux touristes de passage.

Recommandation n°1 : Doter progressivement, à la faveur du déploiement du câble inter-iles, les infirmeries des îles les plus touristiques d'un terminal de paiement afin de pouvoir faire acquitter par les touristes le prix des consultations et des médicaments et produits qui leur sont délivrés.

Outre les soins d'urgence, l'infirmierie organise les Evasan programmées (prises de rendez-vous à Tahiti). Comme c'est la règle dans les postes infirmiers, l'infirmière prend contact en tant que de besoin avec le médecin de Tahiti, soit celui de la subdivision (la subdivision Tuamotu/Gambier a son local au sein du CHPF) à ses heures d'ouverture, soit du SAMU du CHPF en dehors de celles-ci. Le contact se fait par mail, avec appui d'une photo si nécessaire. Seul le médecin peut formuler une ordonnance (transmise par fax) ou décider d'une évacuation sanitaire. L'infirmière effectue les vaccinations et les examens de suivi (poids, tension etc...) et les prises de sang, qui sont acheminées par avion le lundi et techniquées à Tahiti (Institut Mallardé) le lendemain. La subdivision n'est pas systématiquement destinataire des résultats, c'est l'infirmière qui les retransmet en cas d'anomalie constatée à la lecture.

Les Tuamotu-Gambier comptent (2017) pour 15,7 % du total des évacuations sanitaires vers Tahiti.

Le nombre d'Evasan est assez stable sur les dernières années, en moyenne de 5000/an. 20,5 % de la population des Tuamotu-Gambier a fait l'objet d'une Evasan en 2017 (24-25 % aux Marquises et aux Australes), pour un coût de 487 M F CFP (4,1 M€) soit une moyenne de 91 288 F CFP (765 €) par Evasan.

L'infirmierie utilise la fiche de suivi du patient en usage sur la circonscription, qui accompagne le patient en cas d'évacuation sanitaire ou consultation à Tahiti, et qui est normalement complétée à la circonscription avant le retour. Mais il n'y a pas de lien avec le dossier informatisé du patient du CHPF. La mise à jour de la fiche de synthèse post examens et éventuellement intervention conditionne la délivrance du bon pour prise en charge du vol retour au titre des Evasan. L'infirmière s'assure aussi de la validité de l'affiliation à la CPS, qui conditionne la prise en charge de l'Evasan.

Recommandation n°2 : A la faveur du déploiement du câble inter îles, organiser une transmission informatisée de la fiche de suivi et des résultats d'examens et d'analyse entre les postes infirmiers, l'Institut Mallardé, le CHPF et la circonscription. A moyen terme, intégrer la fiche de synthèse et le dossier patient du CHPF.

La dotation en médicaments et produits médicaux de l'infirmierie est théoriquement dimensionnée pour les besoins de trois mois, mais il peut y avoir des commandes intermédiaires en cas de nécessité.

Le poste recense environ 100 patients en longue maladie selon l'infirmière (mais il n'y a pas de suivi statistique précis). Comme sur l'ensemble de la Polynésie, les maladies d'origine majoritairement comportementales dominent : hypertension, cardiopathies et diabète. Les convocations pour les examens de suivi ne sont pas toujours respectées.

Les principales difficultés d'exercice viennent de l'isolement du poste, et de la mobilisation permanente lorsque, comme cela a été le cas ces derniers mois, un seul poste d'infirmier est pourvu. L'astreinte qui en résulte n'est pas prise en compte dans la rémunération.

2.1.3.2 Aratika

Le poste de secours d'Aratika est situé dans l'abri-tempête du village, avec la mairie. L'entretien matériel du bâtiment incombe à la mairie déléguée, comme c'est la règle pour les abris-tempête qui sont transférés aux communes après leur réalisation. De ce fait, l'entretien courant pose problème : les travaux sur le bâti dépendent de la commune, l'entretien des équipements intérieurs de la direction de la santé. Comme cette dernière ne dispose pas d'une structure interne chargée de la programmation de l'entretien immobilier, et que l'éloignement géographique rend les interventions complexes (acheminement du matériel et des techniciens), l'état du poste de secours est médiocre (climatisation défaillante, infiltrations d'eau...).

Recommandation n°3 : Mettre en place à la direction de la santé une structure de suivi de l'état des infirmeries et postes de secours, assurant la programmation des travaux et les liens avec la direction de l'équipement du pays et les communes.

Sur les 225 habitants d'Aratika, 55 soit un quart sont en longue maladie (bénéficiaires d'un « carnet rouge »).

L'auxiliaire de soins d'Aratika est en poste depuis 35 ans. Elle n'a, comme ses collègues aux mêmes fonctions, pas de qualification technique sanctionnée par un diplôme malgré l'étendue de ses responsabilités. Elle a bénéficié d'une formation de remise à niveau il y a deux ans. Elle peut être amenée à effectuer des gestes techniques : vaccinations, examens de suivi, pansements et sutures (lors du passage de la mission, un habitant d'Aratika venait de se blesser, l'hélice de son bateau ayant touché les deux jambes assez profondément. Le médecin qui participait à la mission a effectué les sutures, mais en son absence c'est l'auxiliaire de soins qui aurait dû opérer).

Le poste dispose d'une réserve de médicaments et dispositifs médicaux de six mois, des commandes étant possibles dans l'intervalle avec un délai de livraison d'un mois. Les médicaments, sauf ceux en vente libre, sont délivrés sur ordonnance du médecin de la subdivision ou des urgences du CHPF, à partir des éléments descriptifs du patient transmis par fax, et éventuellement des photos par le

téléphone portable. C'est également le médecin qui décide d'une évacuation sanitaire en cas d'urgence.

L'auxiliaire de soins remplit mensuellement et transmet à la direction de la santé une feuille récapitulative des soins, examens et médicaments délivrés à chaque patient, avec mention de son numéro d'immatriculation et de son régime d'affiliation. Ce support papier est ensuite saisi informatiquement pour chacun des postes et infirmeries à la direction de la santé (4 ETP) et transmis à la CPS qui après vérification les remboursent au budget du Pays au titre des soins primaires. Outre la prise en charge financière, ce récapitulatif individuel permet d'avoir à la CPS une vision exhaustive des soins et traitements au niveau de l'individu.

Recommandation n°4 : Mettre en œuvre une informatisation progressive du support des feuilles de soins mensuelles dans les infirmeries et postes de secours, afin de fiabiliser les données et de réduire le temps de travail consacré par la direction de la santé à la saisie et aux échanges avec la CPS.

2.2 Les admissions au RSPF effectuées à la mairie de Fakarava

Tout polynésien est immatriculé à la CPS à la naissance, c'est une condition pour toucher la prime d'accouchement.

La mairie est en charge de l'établissement des dossiers d'affiliation au RSPF, et de leur renouvellement annuel (il n'y a pas d'antenne de la CPS à Fakarava). Environ 35 % de la population de Fakarava relève du RSPF (384/1421). Pour être affilié au RSPF, il faut avoir un revenu inférieur à 87 000 F CFP (729 €) par mois. Outre la preuve d'identité, le livret de famille, un justificatif de domicile et les éléments relatifs au logement (bail, relevé d'impôt foncier, certificat d'hébergement), la déclaration et le contrôle des ressources constituent les éléments principaux du dossier. En l'absence d'impôt sur le revenu, on se base sur les trois derniers relevés bancaires du demandeur et de son éventuel partenaire (la CPS a un droit d'accès, et peut donc contrôler l'existence de comptes non déclarés), et sur une grille de la CPS pour l'évaluation des avantages en nature (nourriture et hébergement gratuits essentiellement).

La mairie est en charge de la complétude du dossier, l'admission est ensuite prononcée par la CPS au vu du dossier transmis. Celle-ci peut réclamer des pièces complémentaires. Jusqu'en 2017, la Direction des affaires sociales était chargée de l'admission, et la CPS du renouvellement annuel. Depuis 2017 la CPS est en charge de la totalité. Le dossier est rempli en ligne (mais la connexion Wifi ne fonctionne pas toujours, il faut alors faire revenir le demandeur). Mais il y a toujours besoin d'un dossier papier impérativement rempli par le demandeur (ce qui peut poser problème en cas d'illettrisme) et signé par lui, dossier qui est adressé à la CPS.

La décision d'admission est accessible en ligne depuis la mairie, mais uniquement sur requête. Le demandeur est avisé par courrier. La mairie n'a pas non plus de listes des dossiers à renouveler. Le renouvellement est désormais effectué à la date anniversaire du demandeur, et dans la limite des trois mois postérieur à cette date (période pendant laquelle l'affiliation est maintenue mais les droits suspendus). Faute de démarche de renouvellement, l'intéressé est automatiquement inscrit au régime des non-salariés, et doit donc acquitter la cotisation mensuelle de base (8 000 F CFP, 67 €).

L'affiliation à la CPS est indispensable pour obtenir la prise en charge du transport pour une évasion. C'est souvent à cette occasion qu'un défaut d'affiliation se révèle. Sauf en cas d'urgence médicale, le dossier doit être régularisé avant émission du bon de transport par la CPS. En cas d'urgence sanitaire, une procédure d'admission d'urgence existe au niveau du CHPF.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1	Doter progressivement, à la faveur du déploiement du câble inter-iles, les infirmeries des îles les plus touristiques d'un terminal de paiement afin de pouvoir faire acquitter par les touristes le prix des consultations et des médicaments et produits qui leur sont délivrés.
2	A la faveur du déploiement du câble inter îles, organiser une transmission informatisée de la fiche de suivi et des résultats d'examens et d'analyse entre les postes infirmiers, l'Institut Mallardé, le CHPF et la circonscription. A moyen terme, intégrer la fiche de synthèse et le dossier patient du CHPF.
3	Mettre en place à la direction de la santé une structure de suivi de l'état des infirmeries et postes de secours, assurant la programmation des travaux et les liens avec la direction de l'équipement du pays et les communes.
4	Mettre en œuvre une informatisation progressive du support des feuilles de soins mensuelles dans les infirmeries et postes de secours, afin de fiabiliser les données et de réduire le temps de travail consacré par la direction de la santé à la saisie et aux échanges avec la CPS.