



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



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-M-062-03

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 incombaient 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

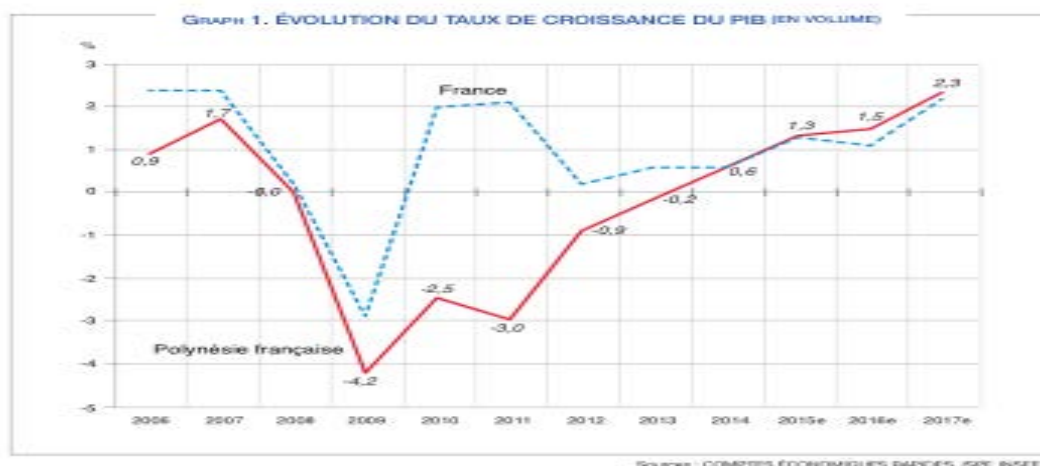
Selon les prévisions « d'atterrissage » pour 2018 communiquées à la mission, la PSG devrait être également à l'équilibre en 2018 (+434 MF CFP, 3,6 M€. Estimation au 15/11/2018) ; le RGS dégagerait un léger excédent de 131 MF CFP (1,1 M€, contribution du Pays au fonds d'amortissement de la dette sociale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

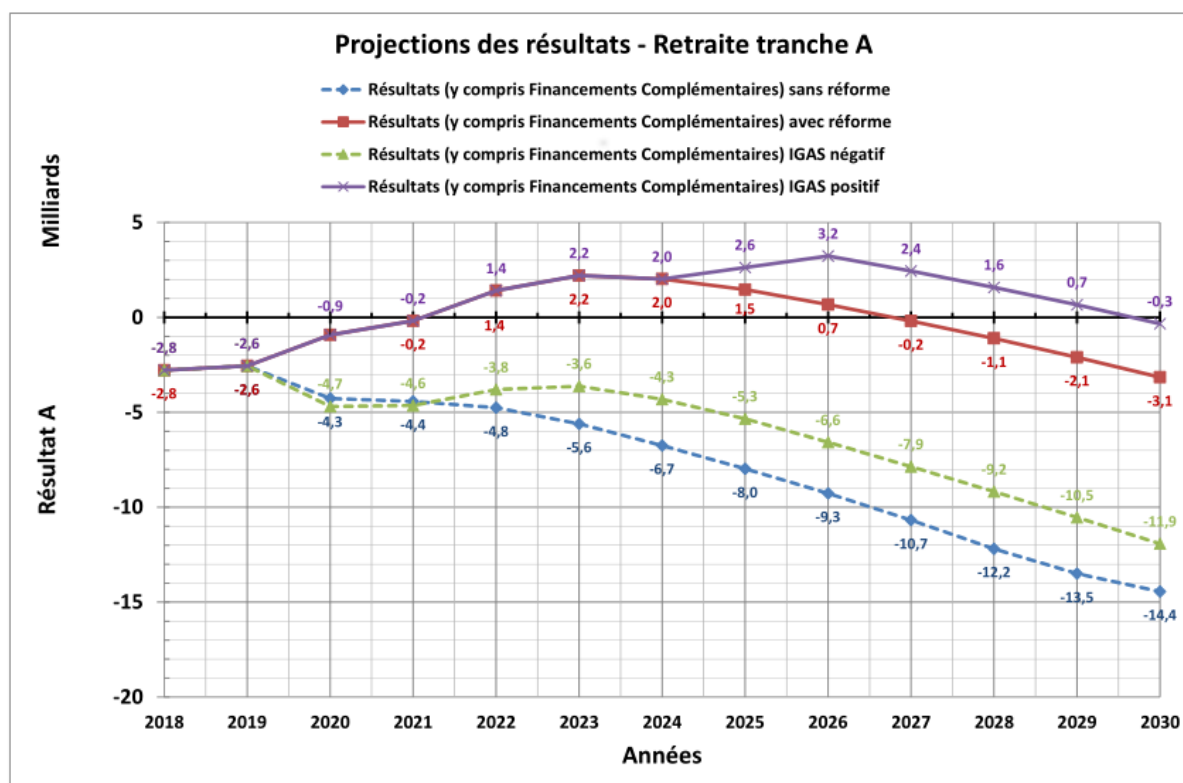
Les principales évolutions ont porté sur l'âge de départ en retraite (porté progressivement à 62 ans d'ici à 2023), l'âge de départ à la retraite anticipé (de 55 ans à 57 ans), le minimum d'années de cotisations requis (30 années au lieu de 20), et le calcul des années de référence (désormais porté à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



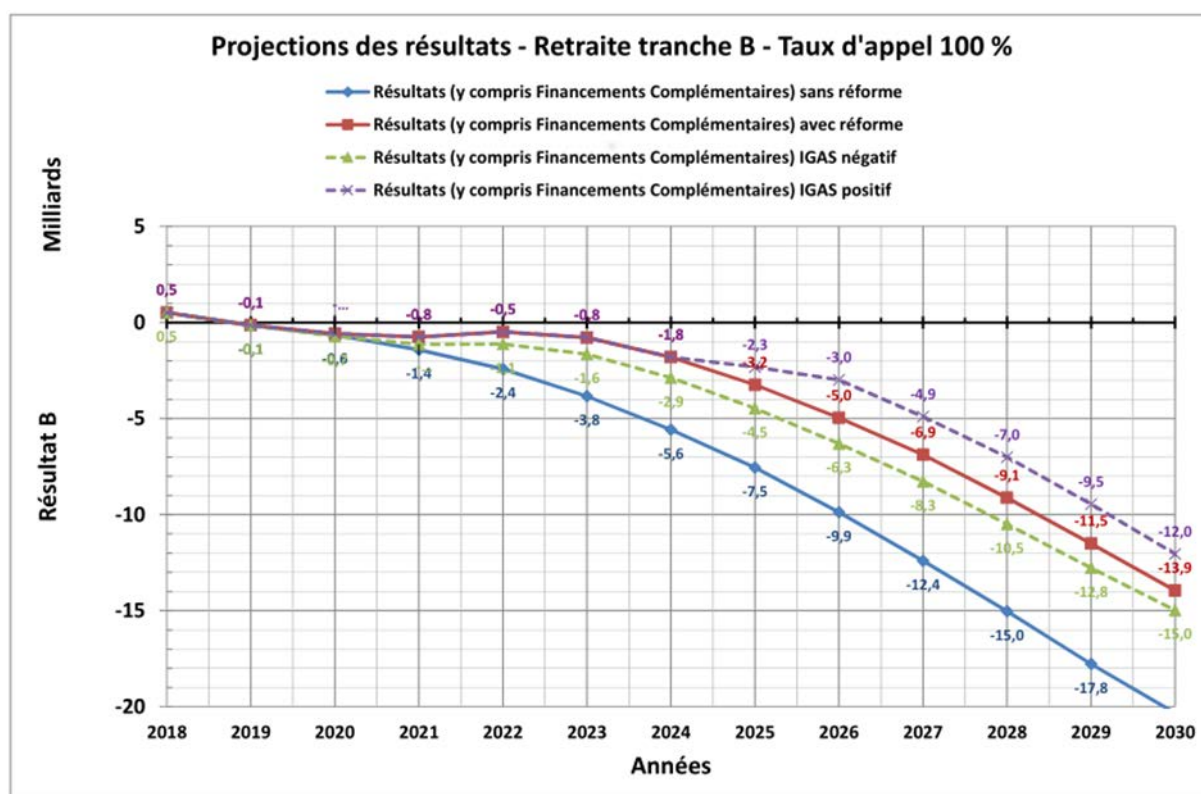
Source : CPS

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 %).

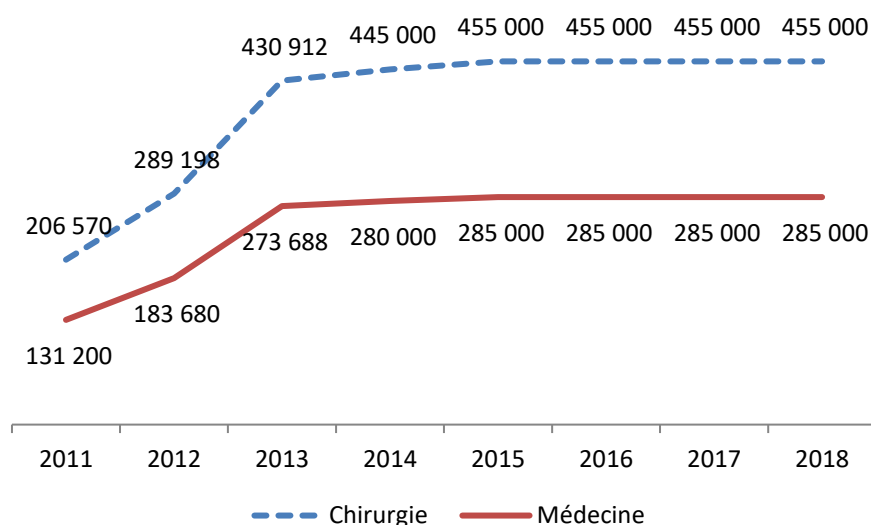
La gestion du CHPF doit rapidement pouvoir bénéficier d'un environnement budgétaire et tarifaire rénové pour aborder les nombreux défis qui sont les siens. Le système d'allocations des ressources de la CPS, sur dotation globale, ne répond pas aux besoins d'une gestion responsable, d'une transparence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

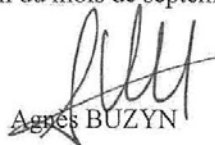
Vous tiendrez compte dans votre analyse des engagements passés, des dispositions de l'Accord pour le développement de la Polynésie française et des conclusions des Assises des outre-mer.

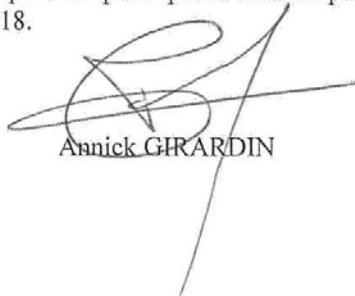
Sur la base de ce diagnostic global, vous proposerez les conditions de la poursuite d'un soutien financier de l'Etat au-delà de 2018 et vous établirez les principaux axes d'un cadre renouvelé d'intervention de l'Etat dans le système de protection sociale polynésien.

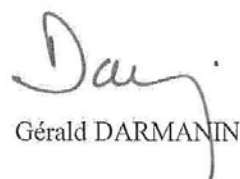
Les services du haut-commissariat, la chambre territoriale des comptes et la direction locale des finances publiques en Polynésie française seront à disposition de la mission pour l'aider dans ses travaux et lui permettre l'accès aux éléments nécessaires à son expertise ainsi qu'à tous les services potentiellement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