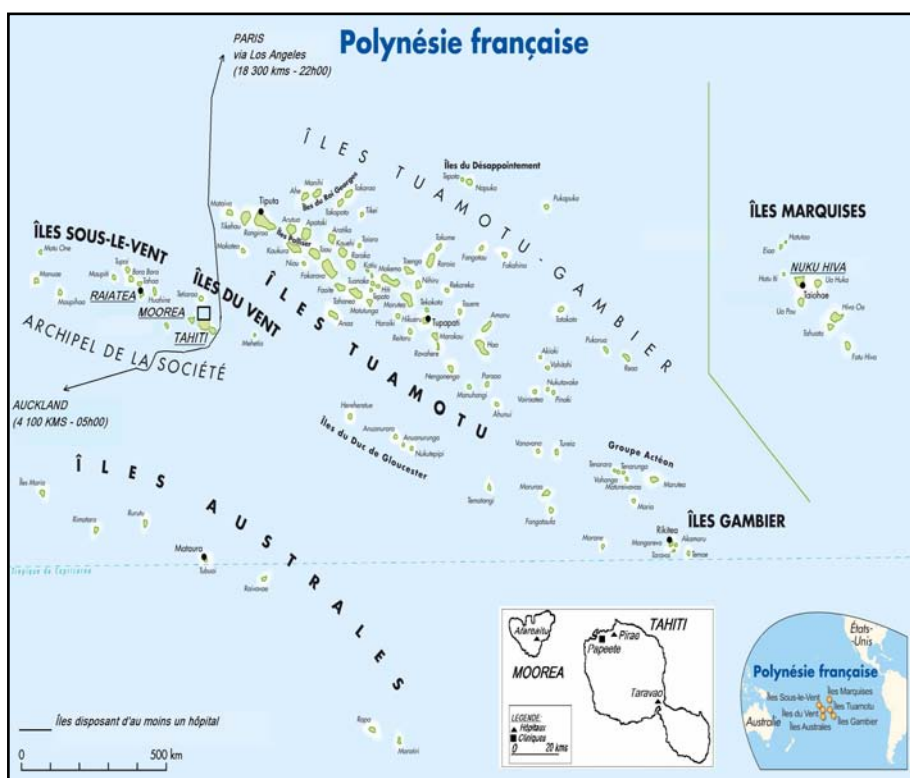


Le système de santé en Polynésie française et son financement

Constituée de cinq archipels de l'océan Pacifique, et comprenant environ 260 000 habitants, la Polynésie française est, avec la Nouvelle-Calédonie, un territoire d'outre-mer doté d'un statut de large autonomie.

La santé, et plus largement le champ social, y relèvent de la compétence de la collectivité territoriale.

Carte de la Polynésie française



PRESENTATION

La Polynésie française dispose d'un système de santé spécifique, dont elle assure elle-même l'organisation, le pilotage et la gestion, dans le cadre de son régime particulier d'autonomie politique et administrative.

Alors que cette collectivité vient d'achever la reconstruction de son hôpital de référence, l'hôpital du Taaone, l'attention, notamment des pouvoirs publics, mérite d'être appelée sur l'évolution des dépenses de santé : leur montant, pour l'ensemble de la Polynésie française (72 milliards de F CFP en 2008, soit 604 millions d'euros), équivaut à la moitié du budget de la collectivité. Certes, une grande partie de ces dépenses n'apparaît pas dans ce budget, mais dans celui de la caisse de prévoyance sociale (CPS), qui assure la gestion des régimes sociaux et garantit à tous, depuis 1994, une couverture maladie universelle, dans le cadre de la protection sociale généralisée (PSG).

Pour autant, comme en métropole, l'ensemble de ces dépenses est financé, par des prélèvements obligatoires, et constitue un enjeu important pour la gestion publique et l'économie locale qui connaît de graves difficultés.

Or, le constat dressé conjointement par la chambre territoriale des comptes de la Polynésie française (contrôles du ministère de la santé et des organismes locaux de santé) et par la Cour des comptes (contrôle de la Caisse de prévoyance sociale) est que l'évolution du coût du système de santé polynésien est inquiétante et que la question de son financement futur par la collectivité publique, la CPS et les ménages, doit être posée dès aujourd'hui.

I - Un système de santé qualitativement satisfaisant mais insuffisamment piloté

A - Un système de santé bien adapté

Le système de santé de la Polynésie française, s'il s'inspire assez largement de celui de la France métropolitaine, n'en est pas moins original, notamment parce que les problématiques de l'organisation des soins et de la prévention sont fortement impactées par les particularités de la géographie et du peuplement des archipels.

Caractéristiques géographiques et sanitaires de la Polynésie française

La Polynésie française compte 118 îles (dont 76 habitées) dans cinq archipels, éloignés les uns des autres, sur un espace océanique grand comme l'Europe. Son centre administratif et sanitaire, Papeete, est distant de plus de 1500 km de certaines îles. La population est inégalement répartie sur le territoire, les trois quarts se concentrant à Tahiti et Moorea.

La dispersion de la population nécessite la mise à disposition de multiples structures sanitaires, dans le cadre d'une organisation mixte qui fait cohabiter un important secteur public, seul chargé des archipels éloignés et de la principale structure hospitalière, l'hôpital du Taaone - CHPF-, à Pirae, avec un secteur privé, surtout présent à Tahiti, où se concentrent trois cliniques et la grande majorité des praticiens libéraux.

Directement rattachées à la direction de la santé, 126 structures publiques de proximité sont réparties dans 58 îles et 45 des 48 communes pour assurer des soins sur la plus grande partie du territoire : 4 hôpitaux périphériques, implantés à Taravao (Tahiti-Est), Moorea (Îles du Vent), Uturoa (Îles Sous-le-Vent) et Nuku Hiva (Marquises) ; 7 centres de consultations spécialisées ; 20 centres dentaires ; 13 centres médicaux ; 17 dispensaires ; 22 infirmeries ; 43 postes de secours.

Un réseau inter-îles de médecins, organisant des consultations spécialisées auprès des patients éloignés, complète ces moyens. Ce réseau ne permet pas, toutefois, de faire l'économie d'un dispositif d'évacuation sanitaire (EVASAN), qui prend en charge le flux des patients transportés dans le cadre de l'urgence ou devant bénéficier d'examens spécialisés ou d'hospitalisations programmées, tant en Polynésie française qu'en métropole et en Nouvelle-Zélande, pour les cas les plus graves.

1 - Une organisation graduée et intégrée, avec jusqu'à présent, une large place faite à la prévention

Le degré d'intégration du système de santé polynésien est incontestablement un point fort de l'organisation mise en place. Elle comporte des structures de soins, organisées autour d'un premier échelon assurant les soins de proximité et, s'appuyant sur des échelons de référence complémentaires, le CHPF, implanté dans l'agglomération de Papeete, et les hôpitaux extérieurs à la Polynésie française pour les activités non assurées localement.

L'organisation sanitaire, accessible au plus grand nombre, couvre l'ensemble du territoire et associe la prévention aux soins. Elle repose dans les archipels, sur les services des subdivisions sanitaires, et à Tahiti, sur des structures spécialisées à vocation territoriale.

La place importante occupée par la médecine scolaire en Polynésie Française¹⁵⁶ doit être soulignée. Elle permet, dans toutes les îles, un suivi annuel des élèves sur longue période.

Plaçant la démarche de prévention au rang des priorités du gouvernement, la Polynésie française crée en 2001 un établissement public administratif pour la prévention (EPAP), destiné à développer une politique globale interministérielle. Toutefois, le défaut d'évaluation des programmes de prévention n'a pas permis de gérer les actions de manière optimale.

Compte tenu de la forte incidence des facteurs comportementaux dans les pathologies fréquemment observées en Polynésie française¹⁵⁷, il est nécessaire que la prévention reste un moyen d'action privilégié de la collectivité d'outre-mer dans le domaine de la santé.

2 - Des résultats qualitatifs globalement positifs, selon les indicateurs disponibles

Les performances du système de santé de la Polynésie française présentent d'incontestables aspects positifs, surtout lorsqu'elles sont comparées à celles des pays qui partagent avec cette collectivité d'outre-mer les handicaps de l'insularité et de l'isolement.

Les indicateurs démographiques généraux ayant un lien avec l'état de santé de la population, tels que l'espérance de vie ou le taux de mortalité, placent la Polynésie française dans une position plutôt favorable, et en progression.

L'espérance de vie, très légèrement inférieure à celle de la France métropolitaine, mais supérieure à celle des Îles Cook, archipel étranger le plus proche de Tahiti, et même à celle de la Nouvelle-Calédonie, croît de quatre à cinq mois par an depuis dix ans. Le taux de mortalité est stable sur les dix dernières années, alors que la population vieillit. Le taux de

¹⁵⁶ La médecine scolaire représentait en 2007 plus de 35 000 consultations annuelles de médecins, alors que ce nombre aurait été réduit à 7 000 en appliquant les règles retenues au niveau national (une visite pour les enfants de 5 à 6 ans et une visite pour les élèves de 3^{ème}).

¹⁵⁷ Notamment celles liées à l'obésité, l'alcoolisme, le tabagisme et les accidents de la circulation.

mortalité infantile s'est également stabilisé, à un niveau très inférieur à celui des petits pays du Pacifique Sud.

Les indicateurs de moyens en matière de santé placent la Polynésie française au rang des pays les plus développés de la région. La densité médicale y est équivalente à celle de l'Australie et supérieure à celle de la Nouvelle-Zélande.

B - Un pilotage insuffisant

La Polynésie française est l'une des deux seules collectivités d'outre-mer à détenir des compétences exclusives en matière de santé.

L'exercice des compétences de santé dans l'outre-mer français

En matière de santé, la plupart des collectivités d'outre-mer ne possèdent pas de pouvoirs propres, autres que ceux exercés par les communes et les départements en métropole, l'Etat détenant une compétence générale dans ce domaine. Seules, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française ont une compétence générale en matière de santé. La Polynésie française exerce cette compétence propre depuis la publication du décret n° 57-812 du 22 juillet 1957. Comme celle de 1996, la loi organique statutaire de 2004 affirme implicitement le caractère exclusif de cette compétence de droit commun, dès lors qu'elle n'est pas reconnue à l'Etat.

La Polynésie française a donc l'entière compétence pour :

- poser le cadre normatif de son action en matière de santé ;
- définir une politique de la santé, assortie d'objectifs ;
- organiser, gérer et contrôler le système de santé ;
- définir les modalités de financement de cette organisation.

Toutefois, dans les faits, elle n'exerce pas pleinement ses compétences en raison d'une double instabilité ; la première affecte le niveau politique du ministère polynésien de la santé à la tête duquel, au cours des six dernières années, pas moins de dix ministres se sont succédé, contre quatre seulement au cours des douze années précédentes ; la seconde touche les personnels d'encadrement chargés, au sein du ministère, de la conception des normes et du pilotage de l'ensemble des structures dépendant de la direction de la santé.

Le pilotage exercé par la Polynésie française sur le système de santé est ainsi assuré a minima.

1 - Une réglementation laissant subsister de nombreuses lacunes

L'essentiel de la réglementation sanitaire applicable en Polynésie française a été édicté par la collectivité d'outre-mer. Les textes disponibles, relativement anciens, sont souvent incomplets, soit en raison de leur obsolescence, soit du fait d'une rédaction inachevée.

Les retards apportés à la production réglementaire laissent beaucoup d'activités sans cadre légal. Cette difficulté à produire la réglementation sanitaire dans des domaines qui se caractérisent par leur évolution rapide, leur complexité et leur propension à générer de nouveaux risques est pénalisante pour le développement des activités elles-mêmes, le respect des droits des personnes et l'exercice des responsabilités dans le cadre de l'autonomie de la Polynésie française.

C'est ainsi que les règlements, et par conséquent les contrôles et mises en jeu éventuelles de responsabilités qui peuvent en découler, sont pratiquement inexistantes dans tous les champs de compétences couverts en France par les agences nationales de sécurité sanitaire¹⁵⁸.

2 - Une absence de véritable politique de la santé

Lors de l'adoption de la protection sociale généralisée (PSG), la Polynésie française s'était dotée d'un plan quinquennal (1995-1999), en vue de définir une politique de santé pour le territoire, tenant compte des réalités locales et des moyens disponibles. Après ce premier plan, peu suivi d'effet, un deuxième plan (2001-2005) a été élaboré. Une évaluation faite en 2005 a montré que ses traductions concrètes ont été tout aussi limitées. Un tiers des stratégies prévues par le plan n'a donné lieu à aucune réalisation. Ce plan n'ayant pas été prorogé, la Polynésie française n'a donc plus de véritable politique de santé.

Les objectifs prioritaires mériteraient pourtant d'être redéfinis dans un document stratégique. La place dévolue à la prévention, les arbitrages concernant la réorganisation de l'offre de soins, en particulier les équilibres entre Tahiti et les archipels, les services et prestations à créer, en complément de l'existant, devraient être fixés dans ce document d'orientation, élaboré à partir des besoins de la population.

La situation sanitaire cumule les données de morbidité propres aux populations jeunes, avec une part importante de « moins de 20 ans »,

¹⁵⁸ Cela concerne principalement les domaines de la radioprotection, des risques pour la santé liés à l'environnement, des greffes et de l'utilisation de cellules et de tissus d'origine humaine, de l'utilisation du sang et de ses produits dérivés, ou de la prise en charge des cancers.

même si cette tranche d'âge est en régression depuis 2002, et celles d'une population dont le vieillissement est déjà constaté, puisqu'en 2027, une personne sur six aura plus de 60 ans. Le développement attendu de certaines pathologies liées à l'obésité, au diabète et à d'autres maladies métaboliques va susciter un besoin à la fois de capacités hospitalières spécialisées et de formes diversifiées et non hospitalières de prise en charge. Ces perspectives, proches et certaines, devraient être évaluées par les autorités polynésiennes et donner lieu à une anticipation de leurs répercussions financières, ainsi qu'à une planification adaptée des actions préventives et curatives à mener.

Dans cette perspective, la collectivité devrait aussi entreprendre l'élaboration d'un document de planification des besoins en personnels de santé, tenant compte des spécificités locales, sans chercher à s'aligner sur les densités très supérieures observées en métropole¹⁵⁹, qui ne constituent pas forcément un modèle ou un objectif adapté au contexte polynésien.

3 - Un schéma d'organisation sanitaire non réactualisé

La décision implicite d'abandon du plan pour la santé en 2005 ne laisse plus subsister, comme document opposable, qu'un schéma d'organisation sanitaire déjà ancien, expiré en décembre 2007, et prorogé pour une durée de cinq ans en décembre 2008.

Cette prorogation assortie d'aucune modification du document, dont la matière est limitée aux activités et équipements liés à l'hospitalisation, risque de faire prévaloir jusqu'en 2013 les hypothèses initiales du schéma, posées en 2001 lors de son élaboration, alors que certaines sont aujourd'hui dépassées.

Il serait souhaitable que la Polynésie française se dote de nouveaux documents de planification et d'organisation sanitaire, tenant compte de l'évolution récente de l'appareil hospitalier et des évolutions à prévoir pour les dix prochaines années. L'entrée en service du nouvel hôpital du Taaone offre l'occasion de définir un schéma intégrant les orientations d'un nouveau plan pour la santé. La complémentarité des moyens, notamment entre structures publiques et privées, devrait y être présentée comme un axe fort d'amélioration de l'efficacité du système de soins.

¹⁵⁹ Une étude menée en juin 2009 fait ressortir notamment que la densité des pharmaciens est de 49 pour 100 000 habitants en Polynésie française contre 114 pour la France entière. Celle des infirmiers est de 441 pour 100 000 habitants contre 783 pour la France entière.

4 - Une régulation insuffisante de l'offre de soins

La mise en pratique du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française au cours des cinq années ayant suivi son adoption (2003-2007) montre que les ambitions affichées n'ont pas été atteintes. Le document n'a pas été considéré comme un outil de régulation de l'offre de soins et de recherche d'une répartition optimale des ressources. Un bilan détaillé des actions prévues au schéma d'organisation sanitaire, présenté lors de l'évaluation de mai 2008, révèle que sur ses 162 objectifs, 33 seulement ont été pleinement réalisés.

Le régime des autorisations d'activité hospitalière et d'équipement devrait constituer le moyen pour la collectivité d'outre-mer de réguler l'offre d'hospitalisation. Mais, en l'état, le dispositif appliqué en Polynésie française, insuffisant dans sa conception comme dans sa mise en œuvre, ne permet pas la maîtrise des activités autorisées, de leur coût et de leur qualité, par les autorités.

La périodicité de l'engagement des procédures d'autorisation est aléatoire et nettement insuffisante. Le contrôle de la conformité aux engagements pris est presque inexistant.

Il est donc souhaitable de prendre les dispositions permettant de faire du processus d'autorisation un véritable outil de pilotage des activités et des dépenses découlant des autorisations.

Après quoi, il serait possible de le compléter par une contractualisation avec chaque titulaire d'autorisation.

5 - Une information médicale incomplète et ancienne

La Polynésie française doit impérativement faire des progrès en matière d'information médicale.

Certaines données sur les aspects particuliers de l'état de santé des populations ne sont pas accessibles ou ne sont pas renseignées, notamment les taux spécifiques¹⁶⁰, les incidences et les prévalences. Les indicateurs de santé disponibles pour la Polynésie française sont généraux et incomplets par rapport à ceux produits par l'Organisation mondiale de la santé. Les résultats des enquêtes générales de référence les plus récentes sur l'état de santé des polynésiens remontent à 1995. Une nouvelle enquête générale vient seulement d'être lancée au second semestre 2010 par le ministère de la santé sur un échantillon de 3660 personnes.

¹⁶⁰ Taux rapportés à une population ciblée.

D'une façon générale, on peut constater que les sources d'information existantes (PMSI, registre du cancer, certificats de décès) ne sont pas exploitées par la direction de la santé. Le recensement de ces données sanitaires est cependant indispensable à la connaissance de l'état de santé de la population et à l'aide à la décision en matière de santé publique.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), introduit au CHPF en 1998 et étendu aux cliniques privées, est insuffisamment développé et peu utilisé. De même, le projet de réseau de santé informatisé, initié depuis plus de dix ans, reste inachevé, faute d'adhésion de toutes les parties prenantes (CHPF, médecins libéraux).

II - Un coût croissant de plus en plus difficile à financer

Le coût du système de santé de la Polynésie française est élevé et croît de façon continue depuis l'instauration de la protection sociale généralisée. Son financement ne pourra plus être assuré dans les années à venir sans une réforme permettant de rééquilibrer la charge respective de la Polynésie française, de la CPS et des ménages, tout en donnant à collectivité d'outre-mer les moyens de maîtriser l'évolution future des dépenses de santé.

A - Un coût élevé et en forte croissance

1 - Un niveau élevé de dépenses

En 1994, pour répondre à la préoccupation exprimée par les responsables politiques de connaître le montant de la dépense de santé, dans la perspective de l'instauration de la protection sociale généralisée, le ministre chargé de ce secteur a demandé pour la première fois l'élaboration des comptes de la santé du territoire. Ils n'ont été établis que pour cette seule année.

En 1998, l'assemblée de la Polynésie française a décidé qu'elle examinerait annuellement les comptes de la santé, auxquels devait être joint un bilan de l'application des mesures de maîtrise des dépenses. Ces dispositions n'ont jamais été appliquées. Ce n'est qu'en mai 2010 qu'ont été présentés de nouveaux comptes, établis pour l'année 2008, dans lesquels la dépense courante de santé (DCS), décrivant l'ensemble de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, représentait plus de 72 milliards de F CFP (604 millions d'euros), soit l'équivalent de 48,7% du budget de la Polynésie française et 13% de son PIB.

DEPENSE COURANTE DE SANTE	En MFCFP	En M€
Dépenses en faveur des malades	68 355	572,81
<i>dont Soins hospitaliers</i>	<i>28 921</i>	<i>242,35</i>
<i>Soins ambulatoires</i>	<i>19 536</i>	<i>163,71</i>
<i>Transports</i>	<i>1 805</i>	<i>15,13</i>
<i>Médicaments et prothèses</i>	<i>10 260</i>	<i>85,98</i>
<i>Indemnités journalières</i>	<i>4 842</i>	<i>40,58</i>
<i>Dépenses de prévention</i>	<i>2 991</i>	<i>25,06</i>
Dépenses en faveur du système de soins	735	6,16
Dépenses de gestion générale de la santé	3 001	25,15
TOTAL DEPENSE COURANTE DE SANTE	72 091	604,12

Sources : Comptes de la santé 2008 de la Polynésie française (direction de la santé)

Ces données permettent de situer la Polynésie française dans un ensemble de pays très développés, à un niveau bien supérieur à celui des archipels du Pacifique Sud et de la plupart des pays du monde¹⁶¹. Comparée à celle de la France métropolitaine, qui lui est supérieure d'environ un quart, la dépense de santé par habitant en Polynésie française pourrait apparaître modeste. Toutefois, il convient de tenir compte du fait qu'elle n'intègre pas les coûts de structure des services et prestations non assurés sur son territoire alors qu'elle bénéficie, grâce aux évacuations sanitaires, de l'appareil hospitalier national.

2 - Des dépenses en forte croissance depuis 1994

Entre 1994 et 2008, la dépense courante de santé est passée de 31,4 à 72,1 milliards de F CFP (de 263 à 604 millions d'€), soit une progression de 129 % (contre 88 % en France métropolitaine), avec une moyenne de croissance annuelle de 6,2 %. Dans la même période, le PIB a progressé de 54 %, soit une croissance moyenne annuelle de 3,26%.

¹⁶¹ Selon l'OMS, la dépense par habitant est en effet de 2842 dollars américains (USD) en Polynésie française contre 3599 en France et 2744 en Nouvelle-Calédonie, alors qu'elle n'est que de quelques centaines de dollars dans la plupart des archipels voisins de la Polynésie française.

Sur la période la plus récente, le différentiel de croissance constaté avec la métropole reste important. Ainsi, les dépenses d'assurance maladie ont crû de 19,5 % en Polynésie française entre 2005 et 2008, alors que la hausse des dépenses équivalentes au niveau national¹⁶² n'était que de 12,8 % sur la même période.

La mise en place de la PSG qui a permis le développement de l'accès aux soins paramédicaux explique pour partie cette progression. Le nombre de personnes admises au bénéfice de la « longue maladie », avec un taux de prise en charge de 100 %, a également sensiblement augmenté.

3 - Une tendance durable pour les années à venir

Plusieurs facteurs laissent craindre la poursuite d'une forte croissance des dépenses de santé dans un avenir proche.

Les caractéristiques de la morbidité, combinées au vieillissement de la population, généreront des surcoûts importants et durables.

De plus, le nouvel hôpital public du Taaone (CHPF) devrait entraîner un surcoût de fonctionnement évalué, selon les hypothèses, entre 1,4 et 3 milliards de F CFP par an (11,7 à 25,1 millions d'€)¹⁶³, ces estimations n'intégrant pas les coûts liés aux constructions additionnelles, en cours de réalisation ou à prévoir, pour l'accueil de la totalité des services.

Par ailleurs, à l'exception du CHPF, le reste du parc hospitalier, public ou privé va nécessiter de nombreuses mises en conformité, encore non chiffrées à ce jour.

Enfin, l'expansion, sur les dix dernières années, des dépenses liées aux professionnels de santé du secteur privé soulève la question de l'absence de maîtrise de l'évolution de ces dépenses par les pouvoirs publics et la CPS.

B - Un financement de plus en plus difficile à assurer

Face à l'évolution rapide des dépenses, les deux principaux financeurs de la santé, la CPS et la Polynésie française, ont des difficultés croissantes à assurer l'équilibre du système, la crise économique actuelle

¹⁶² Consommation de soins et de biens médicaux publiée pour la France entière par la DREES (Comptes de la santé).

¹⁶³ Les charges que devra supporter la collectivité d'outre-mer au titre de l'amortissement des bâtiments, soit au minimum 10,9 millions d'€, seraient à ajouter à ces montants.

ayant aggravé les problèmes structurels qu'ils devaient déjà surmonter. Seule une réforme de grande ampleur, associant des mesures de rééquilibrage du financement entre les différents partenaires et des mesures renforçant l'effectivité du rôle de régulateur de la collectivité d'outre-mer, est de nature à garantir la pérennité du système.

Le financement du système de santé en Polynésie française

Le système de santé polynésien est financé à hauteur de 60 % par les cotisations des assurés sociaux et de leurs employeurs, versées à la caisse de prévoyance sociale (CPS), à hauteur de 30 % par la collectivité d'outre-mer, et de manière plus marginale par les ménages (6 %) et par l'Etat (2 %).

La caisse de prévoyance sociale de Polynésie française a été créée en 1956 sous le nom de caisse de compensation des prestations familiales des établissements français d'Océanie, en s'appuyant sur les dispositions de la loi du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, pour assurer les risques maladie, famille et vieillesse. Elle jouit de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

A la suite d'un accord cadre de 1993, signé entre l'Etat et la collectivité d'outre-mer, l'assemblée de la Polynésie française a instauré, par délibération du 3 février 1994, une protection sociale généralisée (PSG), rendant obligatoire la couverture du risque maladie. Cette réforme a constitué un progrès social incontestable dans un territoire où existent de fortes inégalités de revenus. Elle permet, en effet, d'assurer le remboursement des soins de ville et d'hospitalisation dans une fourchette de 80 à 100 %, selon le régime et la nature du risque couvert.

La protection sociale généralisée est assurée par les trois régimes territoriaux gérés par la CPS :

- le régime des salariés ;
- le régime des non salariés ;
- le régime de solidarité.

Chaque régime est administré de façon autonome par un conseil d'administration (salariés et non salariés) ou un comité de gestion (solidarité).

La Polynésie française finance, pour sa part, directement ou indirectement, près de 30 % des dépenses annuelles de santé, dont :

- 17,9 % sous forme de concours aux régimes sociaux (l'intégralité du budget du régime de solidarité et une grande partie de celui du régime des non salariés, 43 % en 2008)¹⁶⁴ ;

- 12% au titre de la gestion des structures de soins (autres que le CHPF), de la prévention et de l'administration de la santé.

Pour le nouvel hôpital du Taaone (CHPF), bien qu'aucune convention ne soit encore signée, le principe retenu est que le CHPF ne supporterait sur son budget que la charge des équipements. L'amortissement des bâtiments, qui devrait varier entre 1,3 et 1,4 milliards de F CFP (entre 10,9 et 11,7 M€), resterait ainsi à la charge de la Polynésie française et ne serait donc pas financé par la CPS.

L'Etat, troisième partenaire institutionnel, s'était engagé en 1994 à participer au financement de la PSG. Dans le cadre de deux conventions « solidarité-santé », la Polynésie française a ainsi bénéficié, entre 1994 et 2007, de 44,3 milliards de F CFP (371,2 millions d'€) de subventions de l'Etat. Depuis 2008, l'Etat a cependant suspendu tout financement du secteur « solidarité-santé », en subordonnant la reprise de cette aide à l'engagement d'actions par la collectivité d'outre-mer pour contenir les dépenses sociales. Sa participation au financement des dépenses de fonctionnement du système de santé est donc actuellement négligeable.

Il n'en va pas de même pour l'investissement. Au 31 décembre 2009, les opérations d'investissement du budget de la Polynésie française, pour le secteur de la santé, qui n'avaient pas été clôturées avant 2005¹⁶⁵, ont été financées par l'Etat à hauteur de 72 %. Pour le nouvel hôpital (étude, construction des bâtiments, équipements), la participation de l'Etat se situe à 79 %, grâce à l'affectation d'une grande partie de la dotation globale de développement économique (DGDE) versée par l'Etat. Enfin, dans le cadre du contrat de projet 2008-2013, l'Etat s'est engagé à financer 50 % d'un montant total d'opérations relatives au système de santé évalué à 8 072 MF CFP (67,6 millions d'€).

¹⁶⁴ Ces versements sont financés par la contribution de solidarité territoriale (CST) et la taxe de solidarité, qui n'apparaissent pas dans le budget de la collectivité, bien qu'ayant un caractère fiscal.

¹⁶⁵ Soit 401 millions d'€ en crédits de paiement mandatés cumulés.

1 - Les difficultés croissantes des deux principaux financeurs à équilibrer leurs budgets

Depuis cinq ans, la CPS doit faire face aux conséquences de l'accord intervenu en novembre 2005 entre le gouvernement de la Polynésie française et les partenaires sociaux. Il prévoyait en matière d'assurance-maladie, une baisse des cotisations, effective au 1^{er} janvier 2006, et la prise en charge par la collectivité d'outre-mer du « gros risque hospitalier ». Ce second volet de la réforme n'a jamais été mis en place. De plus, les baisses de cotisations n'ont pas eu l'effet escompté sur les créations d'emplois.

Cette réforme explique, pour une grande part, le déficit de la branche maladie depuis 2006. Celui-ci a été aggravé depuis par la crise économique : de janvier 2008 à janvier 2010, 4000 emplois ont été perdus, soit 5 % de l'effectif salarié.

Le déficit cumulé de la branche maladie du régime des salariés, qui atteignait 9,236 milliards de F CFP (77,4 €), sur les exercices 2006 à 2008, est désormais estimé, pour la fin de l'année 2010, à plus de 15 milliards de F CFP (125,7 M€), le relèvement du taux de cotisation maladie intervenu en 2008 ayant été insuffisant pour rétablir l'équilibre de la branche.

Des mesures drastiques apparaissent donc nécessaires pour assurer à l'avenir l'équilibre de la branche maladie, sinon sa situation financière risque d'amputer les réserves qui garantissent le régime de retraites. Pour les années futures, d'importantes hausses de cotisations seront probablement nécessaires, comme celles qui viennent d'être décidées pour 2011.

Toutefois, la réforme du financement de l'assurance maladie ne saurait dispenser d'une action vigoureuse de contrôle des dépenses et du comportement des praticiens. Le renforcement du contrôle médical et administratif de la CPS et de l'utilisation du PMSI devrait ainsi permettre de réaliser d'importantes économies sur les prestations.

Dans le même temps, la situation financière de la collectivité d'outre-mer de la Polynésie française rend plus difficile encore le financement de la dépense courante de santé. Les moyens budgétaires de la collectivité sont, en effet, de plus en plus contraints, sous l'effet d'une crise économique sans précédent qui entraîne des pertes fiscales très importantes¹⁶⁶.

¹⁶⁶ Les pertes fiscales ont atteint 108,9 M€ en 2009.

Plusieurs sources d'économie sont susceptibles d'être dégagées. Une rationalisation des structures de soins, notamment hospitalières, qui ne remettrait pas en cause l'avantage qu'elles offrent en terme de proximité pour les habitants des archipels éloignés apparaît possible, alors que le nouvel hôpital du Taaone s'apprête à offrir de nouvelles capacités et de nouveaux services à la population polynésienne. Une gestion plus rationnelle de ces hôpitaux qui ne génèrent qu'une activité modeste, permettrait de mieux en cerner les coûts et les avantages.

Des économies peuvent également résulter d'une gestion plus efficace des moyens humains. Le contrôle du CHPF a permis de constater qu'une meilleure connaissance des emplois et des effectifs permettrait d'améliorer la gestion des remplacements. De même, l'encadrement et le contrôle du versement des indemnités d'heures supplémentaires, l'ajustement des lignes de garde aux besoins effectifs des structures hospitalières seraient source d'économies.

Enfin, le budget de la Polynésie française assure le financement d'une grande partie du coût des structures rattachées à la direction de la santé. Une amélioration de la couverture de ces charges par des recettes appropriées, provenant de la CPS ou des ménages, permettrait de résoudre une partie des problèmes d'équilibre budgétaire que rencontre la collectivité d'outre-mer.

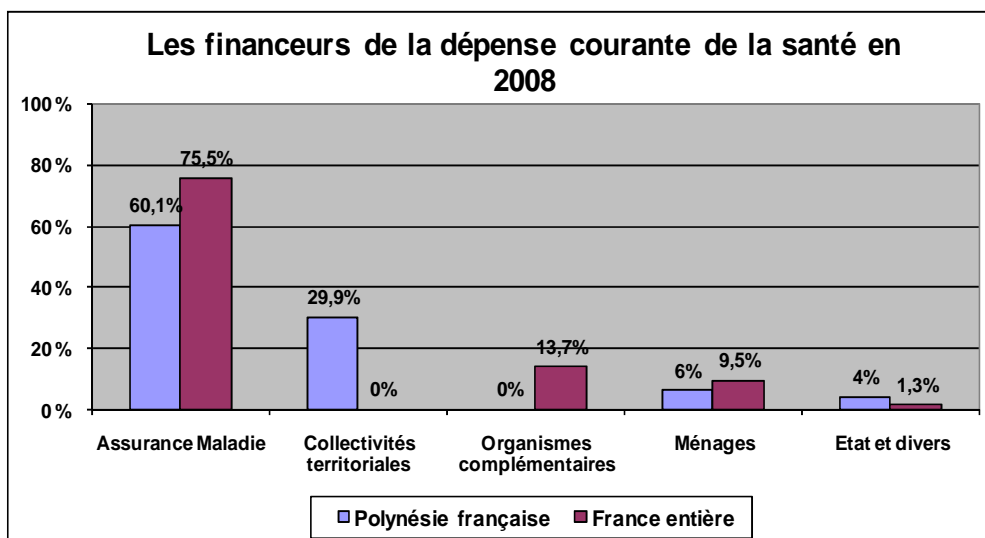
Le financement des structures sanitaires de la direction de la santé

Le budget de la Polynésie française ne retire du fonctionnement des structures sanitaires de la direction de la santé (y compris les hôpitaux périphériques) que 1,269 milliards de F CFP (10,6 M€) de recettes pour un coût de fonctionnement de 6,5 milliards de F CFP (55,1 M€), soit un taux de couverture de 19 % (21 % pour les hôpitaux périphériques et 17 % pour les autres structures). Or, ces structures sont fréquentées, comme le CHPF, par les ressortissants de tous les régimes, y compris ceux du régime des salariés (RGS) qui sont souvent majoritaires. Dès lors, l'absence de couverture des charges de ces unités au-delà de 19 % a du mal à se justifier, de même que l'absence de perception du ticket modérateur sur les ressortissants des régimes autres que le RSPF.

Par ailleurs, les recettes des séjours dans les hôpitaux périphériques sont tarifées sur une base peu réaliste, qui n'a pas été revue depuis 1995, de 4 à 10 fois inférieure aux tarifs qu'applique le CHPF aux ressortissants des régimes hors CPS. L'application de ces derniers tarifs à l'activité réalisée par les hôpitaux périphériques fait ressortir un manque à gagner annuel proche de 1,107 milliards de F CFP (9,3 millions d'€). Si les hôpitaux périphériques entraient dans le champ de la dotation globale, c'est la totalité de leur budget (3,473 milliards de F CFP ou 29,1 M€) qui aurait alors vocation à être financée par les régimes sociaux et non 21 % de leur coût, comme c'est actuellement le cas.

2 - La réforme du financement du système de santé suppose un rééquilibrage entre les financeurs et une réaffirmation de la prééminence de la collectivité d'outre-mer dans le processus de décision

La collectivité d'outre-mer participe, dans une proportion élevée, au financement des dépenses de santé, alors qu'à l'inverse, la part incombant aux ménages ou à leurs assurances complémentaires est modeste (6 %). Au niveau national, la part de l'Etat dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux n'est que de 1,3 % et celle des ménages, y compris les organismes complémentaires, de 23,2 %.



Sources : France entière DREES, comptes de la santé 2008
Polynésie française, Direction de la santé, comptes de la santé 2008, après retraitement,

Une réforme de la protection sociale généralisée ne peut ignorer cette donnée qui pourrait conduire à envisager une évolution de la répartition du financement des charges entre les ménages et les institutions.

Il ne serait pas anormal de faire supporter par l'assurance maladie, les ménages et les assurances complémentaires, sous réserve du maintien du financement par la Polynésie française du régime de solidarité, une partie plus importante du coût des prestations dispensées par les structures sanitaires de la direction de la santé, selon les règles de facturation de droit commun.

La réaffirmation de la prééminence de la collectivité d'outre-mer dans la définition de l'équilibre financier du système de santé devrait être le second axe majeur de cette action.

Le ministère de la santé ne détient pas de compétence générale lui permettant de piloter l'ensemble du système de santé ni, a fortiori, d'infléchir le rythme de croissance des dépenses de ce secteur.

La tutelle de la Polynésie française sur la CPS est exercée par le ministre de la solidarité et de la famille, lequel préside le conseil de gestion du régime de solidarité. Mais il ne s'agit là que d'un simple contrôle de légalité qui ne permet pas d'asseoir une stratégie d'encadrement des dépenses, les arbitrages étant rendus dans le cadre de discussions conventionnelles.

Le conseil des ministres ne fixe les règles applicables aux prix, tarifs, et montants des prestations au titre des différents régimes de protection sociale, qu'en fin de processus, après que les conseils d'administration du CHPF et de la CPS notamment, ou la commission de santé élargie sont parvenus à un accord. A aucun moment, le ministère de la solidarité et de la famille ne fixe d'objectifs, ne se prononce sur les moyens à mobiliser, ni ne définit d'indicateurs de mesure des degrés de réalisation de ces objectifs. Le ministère de la santé, pour sa part, est simplement habilité à participer à la politique de maîtrise des dépenses de santé, sans que les modalités de cette participation ne soient définies.

Le contrôle exercé par l'Assemblée de la Polynésie française n'est pas plus effectif que celui de l'exécutif. La collectivité d'outre-mer avait pourtant, à l'occasion de la généralisation de la protection sociale, conçu en octobre 1998, des dispositions rigoureuses, visant à assurer une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Ce dispositif, ambitieux au départ, est désormais dépourvu de tout mécanisme de contrôle, de limitation ou de sanction, le juge administratif ayant annulé les dispositions prévues à cette fin par la collectivité et aucune autre mesure n'ayant été adoptée ultérieurement pour les remplacer.

Enfin, la pratique conventionnelle des acteurs de la santé conduit parfois à contourner les dispositions réglementaires.

L'exemple du CHPF, qui représente à lui seul 74 % des dépenses d'hospitalisation publique et privée en Polynésie, est, à cet égard, instructif. D'une part, le budget du CHPF est formellement arrêté par le conseil des ministres de la Polynésie française, alors qu'il est préalablement fixé entre la CPS et le CHPF sans aucune instruction des ministères de tutelle. D'autre part, les dispositions réglementaires de 1998 instaurant, pour cet établissement, le principe de la dotation globale ont été dénaturées, par l'effet de conventions passées entre la CPS et le CHPF, qui ont retiré, sans base légale, l'hospitalisation de jour du champ d'application de la dotation globale. Ce dispositif a été complété, en 2006, par la mise en place d'une tarification à l'activité qui permet à l'établissement d'obtenir des compléments de financement. Ainsi, la dotation du CHPF est forfaitaire, mais elle n'est pas globale, puisqu'elle est versée sans prise en considération des autres recettes perçues. Si ces dernières sont supérieures à la prévision, elles permettent l'ouverture de crédits pour des dépenses additionnelles. L'empilement de ces dispositions disparates ne peut favoriser ni un financement équitable de l'activité, ni une maîtrise des dépenses du CHPF¹⁶⁷.

L'organisme payeur s'affranchit, par ailleurs, facilement des décisions relatives aux procédures d'autorisation d'activité. C'est ainsi qu'un promoteur du secteur privé¹⁶⁸ a pu obtenir de la CPS pour 2006 une dotation majorée de 30 % d'une année sur l'autre en invoquant un accroissement d'activité que les capacités autorisées ne pouvaient lui permettre. Cette situation, qui a peu évolué depuis 2006, est encouragée par le faible développement du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) par les établissements, et, par le faible niveau d'exigence des payeurs et sa qualité.

La Polynésie française doit choisir son modèle de régulation financière. Son choix devra tenir compte du poids dominant du CHPF et de l'existence d'une concurrence effective sur seulement quelques segments de soins.

Dans cette perspective, la production récente des comptes de la santé est un atout pour progresser. La mise à disposition annuelle des données tirées des comptes de la santé peut servir à déterminer un objectif

¹⁶⁷ De 2005 à 2008, les financements de la CPS au CHPF ont augmenté de 20,8 %, soit en moyenne 6,5 % l'an.

¹⁶⁸ Les trois principaux établissements privés de Tahiti sont depuis 2008 en dotation globale. Seul le centre de rééducation fonctionnelle polyvalente est resté en prix de journée.

annuel de dépenses pour la santé, et permettre un pilotage, à la fois transparent et chiffré, des politiques publiques.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

Les perspectives proches d'un accroissement et d'une diversification de la demande de soins exigent, dans un contexte économique peu favorable à des ressources nouvelles, des adaptations rapides et profondes du système de santé polynésien et de son financement.

La Cour formule, à cet égard, les recommandations suivantes articulées autour de quatre axes principaux.

La définition et la hiérarchisation d'objectifs de santé

Pour mieux anticiper les besoins de la population en matière de santé:

- adopter un plan stratégique retenant un nombre limité d'objectifs quantifiés ;

- déterminer les moyens les plus efficaces pour atteindre ces objectifs, tant en ce qui concerne l'offre de soins que la sécurité sanitaire ;

- redéfinir une politique de prévention, avec le souci d'en assurer l'évaluation effective.

L'optimisation de l'offre de soins

- utiliser le dispositif d'autorisation des activités de soins pour développer la complémentarité entre les structures publiques et privées ;

- compléter le dispositif existant d'autorisations des activités de soins par une contractualisation avec leurs titulaires ;

- redéfinir la place et le rôle dévolus aux hôpitaux périphériques dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire, de façon suffisamment précise pour permettre une évaluation de leur activité ;

- rechercher une plus grande efficacité de l'offre de soins en réexaminant la nécessité de maintenir chacune des unités relevant de la direction de la santé.

La refonte des principes et mécanismes de financement de la santé

Pour permettre une meilleure maîtrise de la dépense et de l'équilibre global du système de santé :

- confirmer, pour le CHPF, le principe d'une dotation globale, s'appuyant sur le PMSI afin de se rapprocher d'une vérité des coûts, et permettant de financer les activités non exposées à la concurrence ;

- ne maintenir l'application d'une tarification à l'activité, dans un premier temps, que pour les secteurs soumis à une véritable concurrence ;

- rechercher un rééquilibrage du financement de la santé par la CPS et la Polynésie française, notamment grâce au développement des organismes complémentaires (mutuelles, assurances et sociétés de prévoyance), et à la participation des ménages, sous réserve du maintien du financement du régime de solidarité par la collectivité d'outre-mer ;

- engager une recherche systématique des économies pouvant résulter d'une rationalisation de la gestion des ressources humaines, d'un meilleur contrôle des dépenses ou d'une réorganisation des structures de soins.

L'affirmation de la prééminence de la Polynésie française dans les processus de décision

Pour réaffirmer le pilotage du système de santé par la collectivité d'outre-mer :

- mettre à jour le droit de la santé ;

- pérenniser la production annuelle des comptes de la santé ;

- mettre à la disposition des autorités administratives et politiques des informations fiables sur l'activité médicale et les dépenses de santé, issues des systèmes d'information médicalisée ;

- veiller à l'effectivité de la réalisation des conditions découlant des autorisations délivrées ;

- fixer, dans un cadre légal approprié, des objectifs de dépenses et de recettes du secteur santé opposables aux différents intervenants, soit en faisant voter par l'assemblée de la Polynésie française l'équivalent d'un ONDAM¹⁶⁹, soit en mettant en place des conventions d'objectifs et de moyens.

¹⁶⁹ Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

**REPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA
SANTE**

Le Gouvernement de Polynésie française détient, comme le rappelle la Cour, une compétence exclusive et entière en matière de santé.

Les services du ministère français de la santé, et plus particulièrement la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont cependant pu être amenés à intervenir en appui, à la demande des autorités sanitaires polynésiennes et sous convention, dans ces secteurs.

Ainsi, en 2007 et 2008, des missions d'experts ont préconisé un certain nombre de mesures pour préparer l'ouverture du nouvel hôpital et se sont attachées à :

- proposer une structuration des activités et une organisation adaptées au projet d'établissement,*
- établir la cartographie des processus et circuits hospitaliers,*
- anticiper l'impact de l'ouverture du nouvel hôpital en matière de ressources humaines,*
- évaluer et rationaliser les coûts de fonctionnements futurs,*
- mettre en œuvre la démarche continue de la qualité,*
- évaluer la gouvernance et proposer d'éventuelles améliorations,*
- organiser et planifier les opérations de déménagement.*

Elles ont été complétées en 2009 par une mission prospective portant sur la mise en place du dossier-patient, l'hygiène hospitalière et la vigilance sanitaire.

Plus récemment le ministre de la santé de Polynésie a sollicité mes services pour qu'une nouvelle mission soit envisagée sur trois thèmes :

- l'organisation des soins*
 - la gouvernance du système de santé*
 - l'adaptation du programme immobilier*
- Cette mission est en cours d'organisation.*

Il convient enfin de rappeler que de nombreux personnels de santé et administratifs sont affectés depuis la métropole en Polynésie par voie de détachement et/ou de mise à disposition et qu'une révision de ces dispositifs est à l'étude.

**REPONSE DU MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS,
DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT,
PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT**

La Polynésie française a une compétence générale en matière de santé depuis le décret n° 57-812 du 22 juillet 1957. Comme le note la Cour, le caractère exclusif de cette compétence est implicitement affirmé par la loi organique statutaire de 2004 qui ne reconnaît pas cette compétence à l'Etat.

La Cour relève la situation préoccupante du système de santé polynésien et indique que la question de son financement futur par la collectivité publique, la Caisse de prévoyance sociale (CPS) et les ménages, devrait être posée rapidement compte tenu des perspectives d'évolution anticipées.

L'enjeu est effectivement important car si la Polynésie est relativement bien positionnée en ce qui concerne l'espérance de vie, le taux de mortalité et la mortalité infantile, l'absence d'une véritable politique de santé et d'une réflexion prospective sur les sujets d'organisation sanitaire la rend budgétairement et médicalement vulnérable compte tenu de l'évolution dynamique des dépenses de santé.

La préoccupation relative à l'évolution des dépenses est renforcée par le fait que les deux sources principales de financement, la CPS et la Polynésie française, sont elles mêmes en situation de tension budgétaire.

Je souscris pleinement aux constats de la Cour et prends acte des préconisations visant à une adaptation rapide et profonde du système de santé de la Polynésie française.

Ainsi, je note que le pilotage du système de santé pourrait opportunément être renforcé, à la fois par l'élaboration et l'actualisation de référentiels juridiques adaptés, la description des besoins en santé, la définition d'objectifs prioritaires, la finalisation d'un plan permettant de les atteindre et par la production de comptes de la santé.

De même, la planification hospitalière devrait également être entreprise et adossée à une exploitation vigilante des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), sans négliger la maîtrise des dépenses de ville par une action déterminée sur le contrôle des dépenses et du comportement des praticiens.

Enfin, je note les recommandations de la Cour relatives au besoin de rééquilibrage du financement de la santé entre la CPS, et la Polynésie et les

ménages et les assurances complémentaires tout en recherchant activement toutes les sources d'économies potentielles.

Dans ce contexte, je suivrai avec la plus grande attention les mesures qui seront décidées par la Polynésie française pour réformer son système de santé.

REPONSE DE LA MINISTRE CHARGÉE DE L'OUTRE-MER

Les domaines de la santé et de la protection sociale relèvent de la compétence des autorités de la Polynésie française depuis le décret 57-812 du 22 juillet 1957. Le statut d'autonomie interne du territoire, voté en 1984, confirme cette compétence et donne lieu à la création d'un ministère de la santé du gouvernement de la Polynésie française, s'appuyant sur une direction de la santé et la caisse de la prévoyance sociale (CPS), chargée du système de protection sociale du territoire.

La Cour relève que le système de santé en Polynésie française est de qualité et qu'il est confronté à deux enjeux majeurs : un pilotage du système de santé défaillant et un coût croissant des dépenses. Les enjeux sont d'autant plus significatifs que les dépenses de santé représentent l'équivalent de 48,7 % du budget de la collectivité de la Polynésie française.

Cette progression continue des dépenses constitue un risque majeur pour les finances de la collectivité et conduit à s'interroger sur la structure du financement du système de santé en Polynésie française, assuré à hauteur de 30 % par la collectivité et à 6 % par les ménages ou les assurances complémentaires, alors que sur l'ensemble du territoire français, la contribution de l'Etat n'est que de 1,3 %, mais de 23,2 % pour les ménages ou assurances complémentaires.

Le rapport propose de mieux répartir le financement du système de santé entre les ménages et les institutions et de réaffirmer la prééminence de la collectivité dans la définition de l'équilibre financier du système de santé.

Je souscris pleinement à l'expertise conduite par la Cour, à la lumière notamment de ces conclusions, le Ministère chargé de l'outre-mer continuera à suivre avec attention les mesures mises en place pour reformer le système de santé et contribuer à son équilibre financier.

REPONSE DU PRESIDENT DE POLYNESIE FRANÇAISE

Ce rapport nous interpelle, car il synthétise les constats dressés antérieurement par la Chambre territoriale des comptes et la Cour des comptes, confirmés par les expertises conduites en interne par les services et les ministères concernés (ministères chargés des finances et de la santé, inspection générale de l'administration, direction de la santé) et en externe par la mission d'appui des corps d'inspection générale, dont le rapport a été remis en septembre 2010.

Dans une situation de crise et de contraintes budgétaires lourdes, le gouvernement que j'ai l'honneur de présider, est conscient qu'il doit rapidement relever le défi de préserver notre système de santé et de protection sociale, tout en mettant en œuvre réorganisations indispensables pour assurer sa survie.

Il est vrai que notre système de santé est sur le plan de la qualité satisfaisant, qu'il est perçu et vécu comme une mission essentielle de service public, qu'il offre une couverture maladie universelle dans le cadre d'un système de protection sociale dont personne ne souhaite qu'il soit remis en cause.

Mais il est vrai aussi que nous devons mettre en œuvre les nécessaires réorganisations de l'offre globale de soins en veillant à ne pas creuser encore les déséquilibres constatés entre Tahiti et les îles éloignées, que nous devons enfin rétablir les grands équilibres budgétaires, pour nous permettre de financer notre système de soins, dans la limite des moyens du Pays.

Dans ce cadre, deux grands chantiers ont été lancés depuis le début de l'année dernière. Après la nécessaire phase de démarrage, objet de l'année 2010, 2011 sera consacré à leur phase de développement.

Le premier chantier traite de la réorganisation de notre service public. Dans ce vaste ensemble il s'attachera plus particulièrement à redéfinir le cadrage de l'offre publique de soins et les nécessaires synergies à développer avec le secteur libéral.

Le second s'attache à la réorganisation en profondeur du financement de notre protection sociale. L'année 2010 a été consacrée au rétablissement des équilibres et à la réduction, sur plusieurs exercices, des déficits creusés depuis 2 ans dans les comptes de certains régimes. L'année 2011, quant à elle, est dédiée à une démarche de réforme globale du système et de son fonctionnement, pour garantir sa pérennité et le principe de solidarité entre les citoyens et les générations.

En dehors de ces considérations relevant de l'éthique et des objectifs de saine gestion des moyens publics, le rapport sus évoqué n'appelle aucune remarque particulière de ma part.

Cependant, le ministre en charge de la santé m'a saisi des remarques suivantes qu'appellent de sa part les recommandations formulées :

1. *« Une organisation graduée et intégrée, avec jusqu'à présent, une large place prévention »*

S'agissant de l'EPAP, la structure est fermée depuis le 31/12/2010, dans le droit fil des recommandations du rapport de la mission des corps d'inspection générale de l'Etat.

2. *« Une information médicale incomplète et ancienne »*

Le rapporteur souligne une grande faiblesse de la direction de la santé, mais aurait pu signaler l'existence du document de « La santé observée », dont la dernière édition date, il est vrai de 2002.

Il n'évoque pas non plus les nombreuses thématiques portées par la direction de la santé, telles les conduites addictives des jeunes, la sexualité...

3. *« Un niveau élevé de dépenses »*

Dans les comptes nationaux, ne sont prises en compte que les dépenses effectuées sur le territoire national. Par contre, compte tenu de l'importance des dépenses générées par les évacuations sanitaires extérieures à la Polynésie française (plus de 5% de la consommation médicale totale), elles sont intégrées dans les comptes de la santé de la Polynésie française.

4. *« Une tendance durable pour les années à venir »*

Parmi les causes de la poursuite de l'augmentation des dépenses de santé, des points importants n'ont pas été cités : santé mentale, soins de suite et rééducation, programme de lutte contre les addictions, la santé dans les îles et zones isolées.

5. *« Le financement des structures sanitaires de la direction de la santé »*

La Polynésie française finance directement des structures de soins (dispensaires, hôpitaux périphériques...).

Il est légitime qu'une partie des charges liées à leur fonctionnement soit prise en compte par les régimes de protection sociale, [régime des salariés (RGS), régime des non salariés (RNS), régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF)], mais il est également légitime que le Pays finance une partie de cette activité.

Pour conclure, en regard de ces constats lucides de la situation, nous ne pouvons que reprendre à notre compte les conclusions et recommandations de la Cour, autour des quatre axes principaux exposés :

- définition et hiérarchisation des objectifs de santé,*
 - optimisation de l'offre de soins,*
 - refonte en profondeur des mécanismes de financement de santé,*
 - affirmation de la préconisation de la Polynésie française dans le processus de décisions.*
-

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Le projet de rapport « le système de santé en Polynésie Française et son financement » appelle de ma part les observations suivantes :

1) Il est mentionné l'absence de convention relative à l'occupation du bâtiment du nouvel hôpital par le CHPF. Je souhaite préciser que cet actif a fait l'objet d'un arrêté d'affectation au profit de la direction de la santé en date du 11 août 2010 et qu'une convention temporaire d'occupation est en cours de signature entre la Direction de la santé et le CHPF.

2) Dans ce même paragraphe il est indiqué que « l'amortissement des bâtiments devrait varier entre 1,3 et 1,4 milliards de F CFP ». Sur ce point je souhaite corriger cette estimation à la baisse. Conformément aux autorisations de programme adoptées par l'assemblée de la Polynésie française l'enveloppe financière relative à ce bâtiment est aujourd'hui arrêtée à la somme de 39 milliards F CFP, ventilés comme suit :

- Première phase travaux (Bouygues) : 7 milliards XPF*
- Deuxième phase travaux EAD : 32 milliards XPF*

Un amortissement linéaire sur une période de 40 ans représenterait des dotations annuelles de l'ordre de 1 milliard de F CFP.

3) Il est indiqué que l'hospitalisation de jour, facturée en sus, est placée hors champ de la dotation globale. Je voudrais indiquer sur ce point que suite au rapport de la Chambre Territoriale des Comptes il a été mis fin à ce dispositif à compter de l'exercice 2011. Seuls les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables restent facturables en sus de la dotation globale.

4) Le CHPF réaffirme son attachement au principe d'un financement basé partiellement sur une tarification à l'activité, que ces activités soient

concurrentielles ou non. Il convient d'ailleurs de rappeler que les activités concurrentielles (obstétrique, certaines chirurgies programmées) restent largement minoritaires dans l'ensemble des activités du CHPF. La T2A présente de nombreux intérêts qu'il serait dommageable de négliger :

- Elle reste l'outil le plus approprié pour valoriser le service médical rendu en matière d'hospitalisation ;
- Elle constitue un outil indispensable à une allocation interne des ressources.
- Elle reste un incitateur fort à développer des outils de contrôle et de pilotage internes et externes.

Il faut enfin noter que l'absence de lien entre financement et activité reste fortement démotivant pour les équipes médicales peu enclines à s'investir en l'absence d'enjeu.

En termes de maîtrise des dépenses de santé, il faut souligner que l'impact de la T2A pourrait être limitée à 20 ou 25% du montant des tarifs et que par ailleurs le territoire pourrait disposer d'un outil de régulation prix/volume au travers d'un coefficient géographique modulable permettant de limiter tout dérapage par rapport à un objectif de dépense de type ONDAM.

Il faut enfin ajouter que le retour au principe du budget global contribuerait à creuser définitivement l'écart, pour ne pas dire le fossé, entre les modalités de financement et de gouvernance des établissements de santé de la métropole et du territoire. Il y aurait là à notre sens un risque de décrochage.

**REPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE DE PREVOYANCE
SOCIALE DE LA POLYNESIE**

Nous avons pris connaissance avec attention du projet d'insertion « le système de santé en Polynésie française et son financement » destiné à figurer dans le prochain rapport public annuel de la Cour des comptes et vous confirmons par la présente que nous n'avons aucune observation à formuler sur son contenu.

**REPOSE DU PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNESIE
FRANÇAISE, ANCIEN PRESIDENT DE POLYNESIE FRANÇAISE
(2004-2006)**

*J'ai pris connaissance du projet d'insertion et vous confirme que je
n'ai pas de remarque à formuler.*

*Les autres destinataires suivants du projet d'observations de la Cour
ne lui ont pas adressé de réponse :*

- *le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,*
- *la ministre des solidarités et de la cohésion sociale,*
- *l'ancien président de la Polynésie (1984-2004),*
- *le président du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale.*