



POLYNESIE FRANÇAISE

Le Président

N° 006071 / PR

Papeete, le 02 SEP. 2019

à

Monsieur le Président de l'Assemblée de la Polynésie française



Objet : Rapport d'observations définitives de la CTC relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de la santé).

Réf. : Lettre n° 2019-336 du 28 août 2019 de la chambre territoriale des comptes de Polynésie française.

P.J. : Rapport sus-cité.

Monsieur le Président,

En application des dispositions de l'article L. 272-67 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint aux fins de donner lieu à débat en séance plénière de votre institution, le rapport d'observations définitives de la chambre territoriale des comptes relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de la santé).

J'attire votre attention sur le fait que ce dossier doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de votre assemblée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Edouard FRITCH
LE PRÉSIDENT



Papeete, le 28 AOUT 2019

Le président

à

Monsieur Edouard FRITCH
Président de la Polynésie française
BP 2551 - 98713 PAPEETE

n° 2019-336

Par porteur avec accusé de réception

Objet : notification des observations définitives et de sa réponse relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de la santé)

Pièce jointe : un rapport d'observations définitives.



Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de la santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période la plus récente, annexé de la réponse que vous y avez apportée.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger. Il conviendra de le transmettre au Président de l'Assemblée de la Polynésie française en vue de son inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de cette assemblée délibérante, au cours de laquelle il donnera lieu à débat.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 272-112 du code précité, le rapport d'observations et la réponse annexée sont transmis au haut-commissaire de la République ainsi qu'au directeur local des finances publiques de la Polynésie française

Jean LACHKAR
Conseiller maître
à la Cour des comptes



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA REPONSE**

**COLLECTIVITE DE LA POLYNESIE
FRANCAISE (politique de la santé)**

Exercices 2014 à 2018

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 10 juillet 2019.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	7
1 UN CONTEXTE TRES SPECIFIQUE.....	8
1.1 Un territoire dispersé et une population vieillissante.....	8
1.2 Les acteurs de la santé sont insuffisamment coordonnés.....	10
1.2.1 Le CHPF : un acteur prépondérant	10
1.2.2 La direction de la santé : un réseau important et dispersé	11
1.2.3 Une répartition très variable des compétences médicales.....	13
1.2.4 Une filière insuffisamment organisée	15
2 DES DEPENSES PUBLIQUES IMPORTANTES.....	17
2.1.1 Présentation générale de la protection sociale généralisée (PSG)	17
2.1.2 Des dépenses de santé en augmentation, majoritairement composées de dépenses de personnel.....	19
2.1.3 Un financement majoritairement dépendant des cotisations	27
3 LE SCHEMA D'ORIENTATION SANITAIRE : UN BILAN MITIGE.....	31
3.1 Une stratégie incomplète.....	31
3.1.1 Vue d'ensemble	31
3.1.2 Des délais de mise en œuvre irréalistes	34
3.1.3 Un chiffre trop partiel	35
3.2 Une stratégie insuffisamment mise en œuvre à mi-parcours	38
3.2.1 Restaurer l'autorité du Pays.....	39
3.2.2 Améliorer la santé primaire dans les archipels	41
3.2.3 Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins.....	45
3.2.4 Réinvestir la prévention et la promotion de la santé.....	47
3.2.5 Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité	48
3.2.6 Instaurer un espace numérique de santé polynésien	48
4 UN FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE NON SOUTENABLE	50
4.1 Une évolution continue des dépenses et du déficit de la santé	51
4.2 Un impact du SOS sous-évalué sur le niveau des dépenses de santé	53
4.2.1 Redéployer la santé dans les îles.....	53
4.2.2 Réinvestir la prévention.....	54
4.2.3 Développer les réseaux informatiques, la télémédecine et le dossier médical partagé.....	54
4.3 Des réformes structurelles toujours en attente	55
4.3.1 Nécessité d'un encadrement de l'évolution des dépenses de santé	55
4.3.2 Nécessité d'une diversification des modes de financement.....	55
ANNEXES	58

INTRODUCTION

Procédure :

La Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a procédé, dans le cadre de son programme de travail pour 2018 à l'examen de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (le système de santé) pour les exercices 2014 à la période la plus récente.

Le président de la Polynésie française en fonctions au moment de l'ouverture du contrôle, M. Edouard FRITCH, ainsi que son prédécesseur, M. Gaston FLOSSE, en ont été informés par courriers séparés du 7 août 2018.

L'entretien de début de contrôle a eu lieu le 24 septembre 2018 avec le Ministre de la santé, représentant le président en exercice, le précédent président du Pays n'ayant pas donné suite à la demande d'entretien de début de contrôle.

L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 21 janvier 2019 avec le ministre de la santé représentant le président en exercice, le précédent président du Pays n'ayant pas donné suite à la demande de date (LRAR 2018-482).

Les observations provisoires ont été reçues le 15 février 2019 par le président du Pays en exercice et le 26 février 2019 par le précédent ordonnateur. Aucune réponse de ce dernier n'est parvenue dans le délai imparti. Par courrier en date du 5 avril, le président en exercice a sollicité un report de délai, accordé par le président de la chambre à la date du 15 mai 2019. La réponse du président du Pays, datée du 14 mai a été enregistrée au greffe le lendemain.

La chambre territoriale en a pris acte dans son délibéré du 10 juillet 2019. Les observations définitives de la Chambre reproduites ci-après ont été notifiées au Président en exercice de la Polynésie française et à son prédécesseur. Seul M. Edouard FRITCH a usé de son droit de réponse.

Les suites données par le Pays aux recommandations du précédent rapport de la Chambre :

Dans le cadre de son précédent rapport, la Chambre territoriale des comptes avait formulé treize recommandations portant sur la formalisation d'une stratégie de la part du Pays, l'organisation de la filière et des acteurs de santé et le déploiement des nouveaux outils (télémédecine, dossier médical partagé). Seules une partie d'entre elles a donné lieu à une suite favorable de la part du Pays. Le suivi de ces recommandations sera examiné infra, dans le corps du rapport.

SYNTHÈSE

En application des articles 13 et 14 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, la politique de la santé relève de la seule compétence de cette collectivité, désignée « le Pays ». Il lui revient donc la compétence exclusive de définir, piloter, financer, contrôler et évaluer l'efficacité de la politique de santé et de l'offre de soins. Conformément à la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé, le Pays ne veut pas appréhender la santé comme une simple absence de maladie ou d'infirmité, mais comme un état de bien-être physique, psychique et social. Cela supposerait une organisation et une coordination des acteurs publics et privés qui est aujourd'hui loin d'être optimale.

Un contexte très spécifique :

Présentant un territoire particulièrement dispersé sur une emprise équivalente à la superficie de l'Europe continentale, la population polynésienne présente des caractéristiques de santé publique tout à fait spécifiques, avec une forte prévalence de pathologies liées au surpoids. La population de Polynésie française présente une espérance de vie et un taux de mortalité très défavorablement orientés. La situation économique passée a naturellement eu un impact sur la politique de santé et son financement comme l'a fait remarquer le président du Pays en réponse.

Si, avec ses 275 praticiens hospitaliers, l'offre de santé est souvent décrite comme hypertrophiée autour du CHPF, il faut rappeler que la direction de la santé, relevant du Pays, est également un acteur majeur. Elle dispose en effet d'un effectif de 135 médecins et sages-femmes qui sont répartis sur l'ensemble du territoire, au plus près des populations.

Plus encore que leurs homologues métropolitains, l'ensemble de ces opérateurs est confronté à la crise de la répartition médicale. Cette réalité rendrait nécessaire la coordination de la filière de santé. Tel n'est malheureusement pas le cas en Polynésie française où celle-ci apparaît insuffisamment organisée, avec des acteurs intervenant, au mieux sans se coordonner, au pire de façon concurrente.

En l'absence de parcours de santé fluide pour les patients, l'absence d'alternative en amont et en aval des phases d'hospitalisation risque de paralyser à très court terme le fonctionnement du CHPF qui se retrouve, de fait, dans l'obligation de répondre à l'ensemble des besoins de santé. Par conséquent, son taux d'occupation ne lui permet plus de prendre en charge le cœur de sa mission qui est le traitement de la phase aiguë des hospitalisations, justifiant un coûteux plateau technique. Les moyens sont donc au global mal organisés et coordonnés, ce qui contribue à un niveau de dépenses de santé élevé.

Des dépenses de santé importantes :

Selon les derniers comptes de santé consolidés disponibles, les dépenses de santé représentaient en 2015 un montant total de 79,4 milliards de F CFP dont les dépenses prises en charge par la CPS, par le Pays, par l'Etat et par les ménages. Ces dépenses sont en augmentation de 3 % par an.

Les dépenses de santé prises en charge par la CPS (52,6 milliards de F CFP en 2017) sont caractérisées par la prééminence du CHPF dans la dépense et le faible taux d'ambulatoire de cet établissement. Pour leur part, les dépenses de fonctionnement de la direction de la santé (9 milliards de F CFP en 2017), apparaissent en augmentation et présentent une part importante de dépenses de personnel.

La convention Etat-Pays définit la contribution de l'Etat au financement du RSPF et contractualise les nécessaires adaptations structurelles du système de santé. Sur cette base, le Pays a ainsi retenu deux axes forts : le déploiement d'un document définissant la stratégie d'une part et l'unification des régimes maladie d'autre part. Cette dernière ne doit pas occulter la question principale qui est celle de la soutenabilité du financement des dépenses de santé.

Une stratégie incomplètement mise en œuvre :

Si la formalisation de la stratégie dans le cadre du SOS 2016 – 2021 est positive, celle-ci est, fin 2018, à mi-parcours, insuffisamment avancée. La Chambre considère que cette situation résulte à la fois d'une multiplication des documents programmatiques mais également d'un pilotage diffus, ne relevant pas d'un responsable unique désigné.

En l'absence d'engagement financier précis figurant dans les documents stratégiques, c'est dans le cadre du processus budgétaire annuel que les crédits sont alloués par l'exécutif, dans une logique, de fait, concurrentielle. Dans ces conditions, la réalisation de la stratégie n'a pu que s'étaler dans le temps. Cette situation illustre l'extrême difficulté pour le Pays, à porter une politique transversale et interministérielle, mobilisant les opérateurs institutionnels dans une autre logique que l'approche verticale.

Une évaluation à mi-parcours du SOS est donc aujourd'hui nécessaire, à la fois s'agissant du contenu, des moyens financiers à affecter et du pilotage par une structure unique. Cette évaluation doit également être l'occasion de renforcer les mesures nécessaires à l'optimisation de la gestion des effectifs. Le président du Pays a indiqué en réponse qu'une évaluation à mi-parcours du SOS était prévue.

Un financement non soutenable rendant urgentes des réformes structurelles :

Au 31 décembre 2010, le déficit historique des dépenses de santé a été arrêté à 14,8 milliards de F CFP. Depuis lors, il fait l'objet de remboursements annuels de 800 millions, amenant cette dette historique à 8,469 milliards de F CFP à la date du 31 décembre 2018.

Néanmoins, un nouveau déficit est apparu en 2011 et continue de se creuser depuis lors. Ce dernier atteint 6,341 milliards de F CFP au 31 décembre 2018. Ainsi, en dépit du remboursement de la dette historique, le déficit global du RGS est resté au même niveau entre 2010 et 2018, faute de réforme structurelle.

Sans que toutes les dépenses soient encore chiffrées, cet important déficit sera aggravé par les projets à financer et résultant de la stratégie arrêtée : à la fois indispensables et coûteux, leur réalisation impliquera non seulement des dépenses d'investissement mais également des surcoûts de fonctionnement, largement sous-évalués par le Pays. A titre non exhaustif, il convient de citer la construction de l'hôpital de Taravao (7 milliards de F CFP), le pôle de santé mentale (4 milliards de F CFP), la mise en œuvre du schéma de prévention (8 milliards de F CFP), le plan cancer (3,2 milliards de F CFP) et enfin le développement des outils et infrastructures informatiques (1 milliard de F CFP).

La non soutenabilité, en l'état, du financement des dépenses de santé nécessite d'urgence deux décisions fortes du Pays : le strict encadrement des dépenses de santé d'une part et la diversification du mode de financement de ces dépenses d'autre part.

La première doit en particulier pousser les acteurs publics et privés à optimiser la filière de santé et le parcours du patient. En réponse, le président du Pays a indiqué que « l'encadrement des dépenses de santé du Pays avec un vote formel de l'assemblée de Polynésie française sur une base pluriannuelle reste un objectif de mon gouvernement ».

La seconde doit permettre de sécuriser le financement des dépenses de santé. Effectivement, celles-ci reposent aujourd'hui essentiellement sur les cotisations ; il s'agit donc de recettes dépendantes de l'activité économique. Toute augmentation des taux des cotisations génère des recettes mais alourdit le coût du travail et grève la compétitivité économique. En cas de ralentissement économique, ce sont donc à la fois des recettes en moins pour le Pays (cotisations) mais également des dépenses de santé supplémentaires (augmentation du RSPF). Le Pays doit donc veiller à redistribuer des recettes fiscales directes au financement des dépenses de santé afin d'en sécuriser, à moyen terme, le financement. En réponse, le président du Pays a indiqué avoir « prévu d'ouvrir ce chantier avec le ministère du budget dans le cadre des travaux sur la mise en place de la branche universelle maladie et la détermination des besoins en financement des autres risques : familles, handicap et perte d'emploi ».

Trop longtemps différées, ces réformes structurelles d'encadrement des dépenses de santé et de leur financement doivent désormais impérativement être menées à bien par le Pays dans le cadre de la mise en place d'une procédure pluriannuelle d'autorisation par l'assemblée de Polynésie française des dépenses et des recettes affectées à la santé. En réponse, le président a indiqué qu'à son sens, « la réforme structurelle est bien engagée ».

La juridiction prend acte de cette réponse ; néanmoins, compte tenu de l'acuité des enjeux, rappelés de longue date par la chambre territoriale des comptes, la réforme du système de santé publique et son financement relèvent d'une impérieuse nécessité et doivent être mis en œuvre sans plus tarder.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Formaliser en 2019 une procédure de validation du contenu des plans stratégiques par le Conseil des ministres assortis, dès leur validation, des moyens financiers.

Recommandation n°2 : Identifier, le plus rapidement possible et au plus tard en 2019, la structure unique en charge du suivi de l'ensemble des axes du Schéma d'organisation sanitaire.

Recommandation n°3 : Mettre en œuvre, de manière urgente, une politique de ressources humaines et de recrutement opérationnelle permettant de se doter des compétences médicales et paramédicales pérennes.

Recommandation n°4 : Formaliser en 2019 un plan pluriannuel d'investissement du patrimoine.

Recommandation n°5 : Recourir, dès 2019, à l'expertise spécialisée permettant d'auditer et de définir le besoin préalablement au déploiement de l'espace de santé numérique polynésien.

Recommandation n°6 : Procéder en 2019, à une évaluation à mi-parcours du SOS.

Recommandation n°7 : Formaliser pour 2020 au plus tard une procédure pluriannuelle d'encadrement par l'assemblée de Polynésie française des dépenses et des recettes de santé du Pays issues des cotisations sociales et de recettes fiscales existantes à redéployer.

1 UN CONTEXTE TRÈS SPÉCIFIQUE

Le territoire de la Polynésie française présente des caractéristiques géographiques et démographiques tout à fait spécifiques. Celles-ci ont, de fait, des conséquences sur le niveau des dépenses de santé de ce territoire, tout particulièrement confronté à la répartition des compétences médicales.

1.1 Un territoire dispersé et une population vieillissante

D'un point de vue géographique, la Polynésie française est composée de 118 îles dont seules 76 sont habitées. L'ensemble de ce vaste territoire couvre une zone maritime équivalente à la superficie de l'Europe continentale. Cette étendue et cette dispersion constituent des caractéristiques qui doivent évidemment être prises en compte pour l'organisation de l'offre de soins afin de permettre un égal accès aux soins pour les populations.

En application des articles 13 et 14 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, la politique de la santé relève de la seule compétence du Pays. Il lui revient donc la compétence exclusive de définir, piloter, financer, contrôler et évaluer l'efficacité de la politique de santé et de l'offre de soins.

D'un point de vue démographique, la densité de la population (272 800 habitants¹) et des opérateurs de santé varient en fonction de chacun des cinq archipels:

- l'archipel des Îles du vent concentre 75 % de la population polynésienne. L'offre de soins y est favorable avec un réseau de médecins généralistes et de spécialistes, un hôpital général situé à Tahiti², deux hôpitaux de proximité publics (Taravao au sud de Tahiti et le second à Moorea) ainsi que trois cliniques privées situées à Papeete. Un réseau de dispensaires complète ce dispositif.
- l'archipel des Îles sous le Vent regroupe 13% de la population, laquelle est répartie sur cinq îles, qui sont situées en moyenne à une heure de Tahiti par voie aérienne. En plus des praticiens libéraux, les acteurs de santé comptent en particulier un hôpital de proximité situé sur l'île de Raiatea (à Uturoa) et un réseau de dispensaires, d'infirmières et de centres médicaux.
- l'archipel des Tuamotu-Gambier abrite 6 % de la population. Ce territoire de 45 îles et atolls, situés entre une heure et demi et quatre heures en avion de Tahiti, dispose d'un centre médical situé à Makemo et d'un réseau d'infirmières.
- l'archipel des Marquises comprend 3,5 % de la population sur six îles habitées, situées à 3 heures et demi d'avion. Il dispose d'un hôpital de proximité public et d'un réseau d'infirmières.

¹ Données 2015.

² Le centre hospitalier de Polynésie française (CHPF).

- l'archipel des Australes comprend 2,5% de la population sur 5 îles habitées, situées à moins de deux heures en avion de Tahiti ; il dispose d'un centre médical et d'un réseau d'infirmes.

Au vu de ces caractéristiques de dispersion de la population, l'équilibre entre soins locaux et évacuations sanitaires, des archipels vers Tahiti d'une part, et de Tahiti vers la métropole ou la Nouvelle Zélande d'autre part, doit donc en permanence faire l'objet d'arbitrages politiques et financiers.

Du fait d'un déficit migratoire et d'un taux de fécondité divisé par deux en l'espace de 25 ans, la croissance de la population polynésienne s'est ralentie. Le vieillissement est patent : la proportion des plus de 60 ans a doublé depuis 1988 et atteint 10% de la population en 2017. Cette tendance est à la fois pérenne et en accélération³.

Au-delà de la tendance à l'allongement de l'espérance de vie⁴, la population de Polynésie française est confrontée à des enjeux de santé publique tout à fait spécifiques. Parmi ceux-ci figurent la lutte contre les maladies chroniques, dont le cancer et les maladies cardiovasculaires. Il faut également souligner la forte prévalence de pathologies liées au surpoids⁵ - notamment du diabète et de l'hypertension⁶ - qui entraînent une morbidité⁷ et une mortalité prématurée. Un tiers de la population polynésienne fume quotidiennement, en particulier les femmes et les jeunes, en moyenne plus exposés que leurs aînés.

Enfin, la population, vieillissante et en voie de paupérisation, est exposée à des pathologies transmissibles, de type endémique ou épidémique⁸.

En réponse, le président du Pays a indiqué que « *la Chambre n'avait pas pris suffisamment en compte une autre donnée importante dont l'incidence n'est pas neutre sur la mise en œuvre des projets du Pays. Il s'agit de la situation économique de la Polynésie* ».

La chambre prend acte de cette réponse, la situation économique de la Polynésie française ayant, en effet et par définition, un impact sur l'organisation de la politique de santé menée par le Pays.

³ Prévisions ISPF.

⁴ 76 ans en 2013 pour 53 ans en 1952.

⁵ 70 % de la population adulte en surpoids dont 40 % au stade de l'obésité ; 35 % des enfants de 7 à 9 ans en surpoids dont 15 % au stade de l'obésité.

⁶ Un quart de la population polynésienne adulte souffre d'hypertension artérielle, non traité dans trois quart des cas.

⁷ Nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée.

⁸ Pathologies infectieuses lourdes (dengue, leptospirose) et pathologies émergentes de type arbovirose (Zika, Chikungunya).

1.2 Les acteurs de la santé sont insuffisamment coordonnés

En 2017, le système de santé de la Polynésie française permet un assez bon accès aux soins. L'état de santé de la population s'est fortement amélioré depuis 1995, date de la mise en place de la protection sociale généralisée (PSG).

Si le CHPF occupe une place prépondérante au sein de cette architecture, de nombreux autres acteurs interviennent sur l'ensemble du territoire. Leur coordination, largement perfectible, se solde par une filière insuffisamment organisée.

1.2.1 Le CHPF : un acteur prépondérant

Par rapport à d'autres centres hospitaliers métropolitains et ultra-marins, le CHPF bénéficie du statut, atypique, d'établissement public administratif (EPA). Il est doté de 459 lits et places en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 83 lits et places en psychiatrie et 22 postes de dialyse. Il compte un effectif de 275 praticiens hospitaliers, internes et sages-femmes en 2017. L'établissement remplit de missions étendues :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques des patients,
- participer à des actions de santé publique et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention,
- dispenser, avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant les affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,
 - des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.
- concourir :
 - à l'enseignement et à la recherche de type médical et pharmaceutique,
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences,
 - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente,

- développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.
- procéder à l'analyse de son activité,
- assurer des expertises.

Parmi les acteurs de santé de la Polynésie française, tant publics que privés, le CHPF est un acteur majeur. Il représente ainsi plus de la moitié des hospitalisations du territoire, 60 % des naissances et la totalité de l'offre de soins pour les spécialités critiques dont la fourniture de l'ensemble des produits sanguins labiles du territoire.

1.2.2 La direction de la santé : un réseau important et dispersé

Si le CHPF est un acteur majeur, la Direction de la santé, en dépit d'une présence très dispersée sur le territoire, représente au global un important effectif de 1 074 agents dont 135 médecins, praticiens et sages-femmes et 172 infirmiers. Son réseau est composé de 121 structures de santé, situées dans 58 îles et 45 des 48 communes. La liste des structures est détaillée ci-après :

- 7 centres spécialisés en santé publique,
- 20 centres dentaires,
- 13 centres médicaux,
- 17 dispensaires,
- 22 infirmeries,
- 43 postes de secours,
- 4 hôpitaux périphériques⁹.

Pour assurer la gestion opérationnelle, la direction de la santé dispose également d'un bureau des ressources humaines chargé de préparer les recrutements, d'une pharmacie d'approvisionnement, d'un service biomédical responsable de l'achat et de la maintenance du matériel médical et d'un département administratif et financier.

Les hôpitaux « dits périphériques », totalisent 119 lits et places. Ils sont situés à Taravao (Tahiti), à Uturoa (île de Raiatea - archipel de la société) et à Taiohaé (Nuku-Hiva - archipel des Marquises). L'établissement situé à Moorea prend en charge, pour sa part, les soins de santé primaires mais également les urgences médicales. Tous ces établissements dépendent de la direction de la santé du Pays. Outre les urgences, ils ont vocation à répondre aux besoins d'hospitalisation de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (hôpitaux de Raiatea et Nuku Hiva), à assurer les soins de santé primaire (Nuku Hiva, Moorea et Taravao), et à répondre aux besoins d'hospitalisation en soins de suite et de longue durée (Taravao).

⁹ Source : Projet d'établissement de soins de santé primaires – méthodologie de projet (décembre 2017).

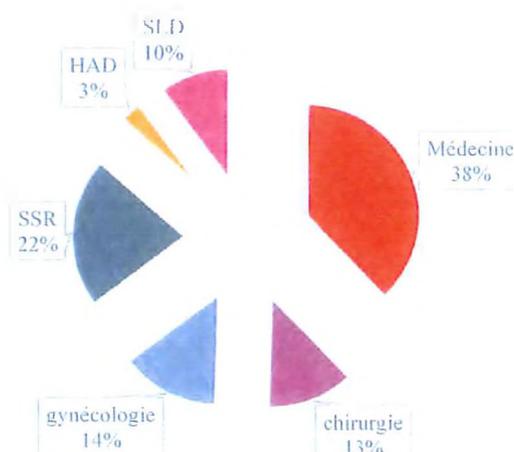
Le schéma d'organisation sanitaire (SOS) de Polynésie française fait un constat objectif au sujet des hôpitaux périphériques : ces derniers sont confrontés à des problématiques persistantes de gestion, de gouvernance, de sous financement et d'absence de stratégie.

Tableau n° 1 : Les capacités des établissements périphériques de la direction de la santé

établissements	capacité	Médecine	chirurgie	gynécologie	SSR ¹⁰	HAD	SLD	total
Uturoa à Raiatea	nbre de lits	18	10	12	6	0	0	54
	nbre de places	2	1	1	0	4	0	
Afareaitu à Moorea	nbre de lits	6	0	0	4	0	0	10
	nbre de places	0	0	0	0	0	0	
Louis Rollin à Nuku Hiva	nbre de lits	6	3	4	5	0	0	19
	nbre de places	0	1	0	0	0	0	
Taravao à Tahiti	nbre de lits	10	0	0	11	0	12	36
	nbre de places	3	0	0	0	0	0	
Total	nbre de lits	40	13	16	26	0	12	107
	nbre de places	5	2	1	0	4	0	12

Source : à partir des arrêtés d'autorisation

Graphique n° 1 : Ventilation de la capacité des établissements périphériques



Source : à partir des arrêtés d'autorisation

¹⁰ Soins de suite et de réadaptation.

1.2.3 Une répartition très variable des compétences médicales

Dans la sphère privée, interviennent également trois cliniques et un établissement de soins de suite et de réadaptation (SRR): Cardella (76 lits), Paofai (98 lits), le centre médical de Mamao (5 places)¹¹ ; pour sa part, le centre Te tiare assure des soins de suite et de réadaptation sur Tahiti.

Il faut également citer la médecine libérale fortement concentrée dans les îles du vent. L'installation des médecins sur la Polynésie française est réglementée depuis 1998¹² en fonction d'un classement en cinq zones.

Tableau n° 2 : Densités médicales par zone pour un bassin de population de 100 000 habitants

Zones	Population 2012	détail	Densité médecins libéraux (généralistes et spécialistes)	Densité médecins libéraux et structures santé publique
1	121 103	Nord Tahiti	108	270
2	62 377	Sud Tahiti	43	70
3	17 234	Moorea (sauf Maiao)	69	435
4	34 581	Iles Sous-le-Vent (sauf Maupiti)	60	135
5	32 912	Maiao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes	9	79
Total	268 207		72	157

Source : étude DMRA septembre 2017

¹¹ Structure réduite pratiquant une activité ambulatoire uniquement diurne, du lundi au vendredi (7-17heures) et le samedi matin - (données 2015 – p 76 du SOS 2016 à 2021).

¹² Délibération n° 98-164 APF du 15 octobre 1998 et arrêté n° 1804 du 27 décembre 2000.

Le Conseil des ministres fixe annuellement des quotas d'installation, sur proposition de la commission de régulation des conventionnements afin d'inciter les implantations dans les zones les moins pourvues (en particulier la zone 5 qui est libre d'installation). En dépit de ces mesures, la densité médicale libérale en zone 5 est très basse, 9 médecins pour 100 000 habitants, partiellement compensée par l'offre de soins de la direction de la santé, amenant ce ratio à 79 médecins pour 100 000 habitants. En France métropolitaine, la densité médicale est de 445 médecins¹³ pour 100 000 habitants.

De même, la densité des infirmiers sur la zone 5 est de 223 professionnels pour 100 000 habitants alors qu'elle est de 410 sur la Polynésie française et de 938 en France métropolitaine.

Ces très faibles taux de professionnels de santé rendent vitales les consultations avancées de spécialistes prises en charge par le réseau de santé inter-îles et mises en œuvre depuis 2003. Ainsi, en 2016, 13 446 consultations spécialisées ont été prises en charge par le CHPF. En 2016, cette activité a correspondu à 386 missions pour 1 049 jours de missions, soit 16 consultations par jour de mission en moyenne, se répartissant selon le ratio suivant :

Tableau n° 3 : Consultations avancées par archipel

	Ratio nombre de consultations / population
<i>Iles sous le vent</i>	0,13
<i>Marquises</i>	0,28
<i>Tuamotu-Gambier</i>	0,13
<i>Australes</i>	0,24

Source : étude DMRA septembre 2017

Sans développer les raisons organisationnelles, financières et sociologiques, le constat dressé par le ministre de la santé dans sa demande budgétaire pour 2019 est objectif : le CHPF peine à assumer cette mission et à prendre en charge les missions inter-îles. Ainsi, ce sont 15 missions qui n'ont pu être effectuées en 2018 dans les îles de la Polynésie française¹⁴. Ce constat a amené le ministre à solliciter la création de trois postes de médecins en gynécologie, cardiologie et ophtalmologie au sein de la direction de la santé « *aux fins de s'autonomiser dans l'exercice de cette mission de service public* ».

La chambre considère que cette réponse entérine une logique concurrentielle de deux acteurs qui devraient pourtant travailler de façon complémentaire, alors même que le ministre de la santé exerce à la fois un pouvoir hiérarchique sur la direction de la santé, la présidence du conseil d'administration ainsi que la tutelle du CHPF.

¹³ 298 médecins généralistes et 147 spécialistes.

¹⁴ 3 pour la subdivision des îles marquises, 7 pour la subdivision des Tuamotu-Gambier et 4 pour les îles australes (source : demande budgétaire Ministère de la santé pour 2019).

1.2.4 Une filière insuffisamment organisée

L'offre santé en Polynésie française est fortement polarisée autour du CHPF, faute d'une filière de soins fluide et organisée. La durée moyenne des séjours (DMS) du CHPF, supérieure à 6 jours, illustre ce constat. A défaut d'un nombre suffisant de structures d'aval et d'une coordination efficace avec celles qui existent sur le territoire, le CHPF se trouve engorgé. Le taux d'occupation des services du CHPF est élevé (84 % en MCO) alors que les surfaces de l'établissement ont fortement progressé. L'engorgement de certains services en situation critique empêche le CHPF d'accueillir les patients en situation d'hospitalisation aiguë.

Tableau n° 4 : Les indicateurs d'activité 2016

	MCO	psychiatrie
durée moyenne de séjour en nombre des jours (DMS)	6,3	28,3
taux d'occupation en %	84,3%	105,7%

Source : à partir de données CHPF

A l'inverse du CHPF, le taux d'occupation moyen dans les hôpitaux de proximité apparaît très faible (aux alentours de 50 %), illustrant une filière insuffisamment organisée.

La réduction de la DMS du CHPF est donc une impérieuse nécessité. Cela n'enlève rien au fait que les caractéristiques du territoire tendent à augmenter cette durée, en particulier pour les patients en provenance des îles confrontés aux difficultés de transport sanitaire. Le fort taux de remplissage de l'hôtel des familles doit inciter le Pays à développer le recours à des nuitées de pré et de post-admission permettant de fluidifier le parcours du patient et de libérer des capacités d'accueil en hospitalisation. Il faut également optimiser les capacités d'accueil offertes par les hôpitaux périphériques qui sont aujourd'hui sous utilisées.

En psychiatrie, le taux d'occupation des services du CHPF est supérieur à 100 % et la DMS affichée, de 28 jours, ne traduit pas la réalité dans cette spécialité. Effectivement, alors que certains patients sont hospitalisés de façon récurrente sur plusieurs exercices, le calcul de la DMS sur l'année civile introduit un biais important. Selon les données communiquées par le CHPF, la file active est d'environ 400 patients pour lesquels les alternatives à l'hospitalisation, insuffisamment développées, les conduisent inéluctablement à séjourner au CHPF. Cette faiblesse du nombre de filières d'aval a conduit à sur-occuper les services de psychiatrie du CHPF. Il est ainsi fréquent que des chambres, théoriquement prévues pour un patient, en accueillent deux et que celles pour deux patients en accueillent trois dans des conditions d'hébergement inadmissibles. Il est donc urgent que des alternatives à l'hospitalisation soient rapidement opérationnelles dont la création de structures légères, l'agrément de familles d'accueil thérapeutique voire la création d'unités d'hospitalisation de jour dans les murs des centres pénitentiaires.

Au-delà du projet de création du pôle de santé mentale dont l'ouverture permettra à peine de réguler la surpopulation intramuros de l'hôpital, il est donc impératif que le Pays, la CPS et le CHPF, traitent cette priorité en développant des filières d'aval.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Si, avec un effectif médical de 275 praticiens et sages-femmes, l'offre de santé peut paraître hypertrophiée autour du CHPF situé à Tahiti, il faut néanmoins souligner que la direction de la santé est également un acteur majeur avec un effectif de 135 médecins et sages-femmes. C'est donc un acteur clef de la structuration de l'offre de soins en Polynésie française.

Plus encore que leurs homologues métropolitains, l'ensemble de ces opérateurs ainsi que les cliniques et le réseau des médecins libéraux et professionnels de santé sont confrontés à un enjeu majeur : la crise de la répartition médicale rend impérieuse la coordination de la filière de santé. Tel n'est malheureusement pas le cas en Polynésie française où celle-ci apparaît insuffisamment organisée, avec des acteurs intervenant, au mieux sans se coordonner, au pire de façon concurrente alors même que le ministre de la santé dispose de l'autorité sur la direction de la santé, qu'il préside le conseil d'administration du CHPF et participe à la régulation de l'activité libérale.

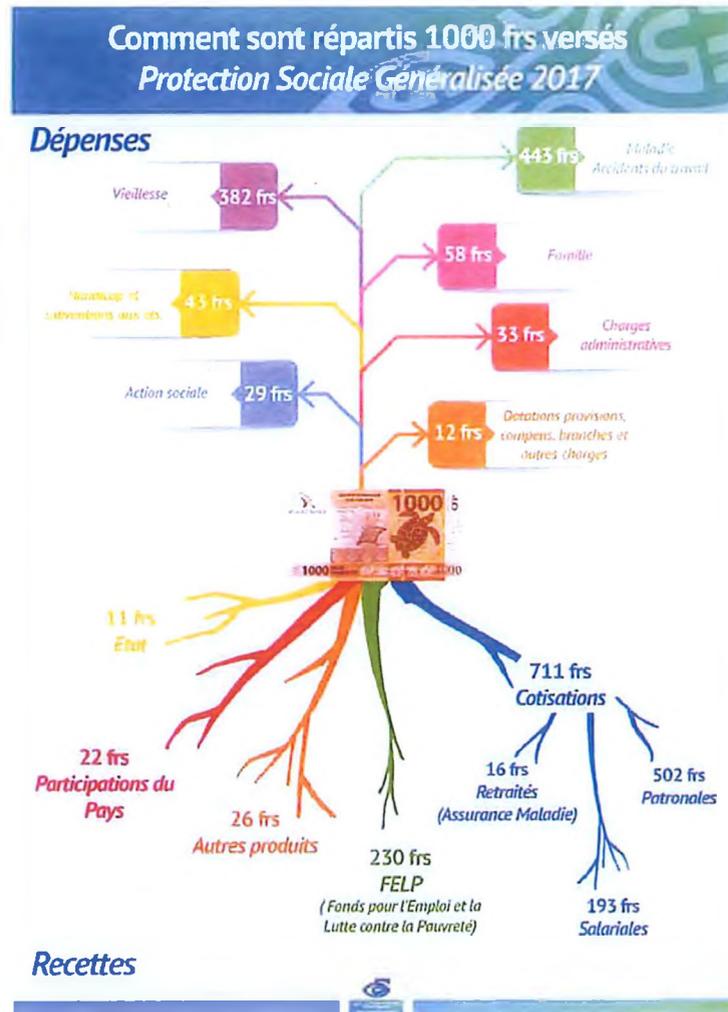
En l'absence de toute organisation permettant de proposer un parcours de santé aux patients, l'absence d'alternative en amont et en aval des phases aiguës d'hospitalisation risque de paralyser la filière de santé. Le CHPF se retrouve ainsi, de fait, dans l'obligation de répondre à l'ensemble des besoins de santé, son taux d'occupation ne lui permettant plus de prendre en charge le cœur de sa mission qui est le traitement de la phase aiguë des hospitalisations, justifiant un coûteux plateau technique.

2 DES DEPENSES PUBLIQUES IMPORTANTES

Les dépenses de santé sont retracées dans les comptes de la santé retraités par le Pays. Les derniers chiffres disponibles sont relatifs à l'exercice 2015. Ils comprennent notamment les dépenses prises en charge par la protection sociale généralisée (PSG) mais également celles directement supportées par le budget du Pays, par l'Etat et de façon résiduelle, par les ménages et leurs mutuelles. Au global, ces dépenses, représentent 79.4 milliards de F CFP en 2015 comprenant, pour l'essentiel, les dépenses de la PSG (77%), du Pays (10%) et l'Etat (3%).

Après une présentation rapide de la PSG et de son architecture en dépenses et en recettes, les dépenses de santé seront cartographiées.

2.1.1 Présentation générale de la protection sociale généralisée (PSG)



Source : CPS

Créé en 1995, le système de protection sociale du Pays est composé de trois régimes : le régime général des salariés (RGS), le régime des non-salariés (RNS) et le régime de Solidarité de la Polynésie française (RSPF) ; ce dernier couvre les personnes qui ne le sont pas par les deux premiers. Ces trois régimes sont administrés par la caisse de prévoyance sociale (CPS), et majoritairement financés par les cotisations des assurés, à l'exception du RSPF.

Personne morale de droit privé, chargée d'une mission de service public et dotée de l'autonomie financière, la CPS est en responsabilités, non seulement du recouvrement des cotisations des régimes contributifs (RGS et RNS), mais également de la politique de prestations sociales du Pays ; elle en gère les régimes sociaux depuis la mise en œuvre de la protection sociale généralisée.

En 2017, 269 652 bénéficiaires sont couverts dans le cadre de la PSG, tous régimes confondus (97 % de la population polynésienne), contre 152 161 bénéficiaires en 1995 (qui représentait alors 72 % de la population). Au global, le nombre de bénéficiaires de la PSG est de 3.8 personnes pour un cotisant, tous régimes confondus.

Il faut souligner le poids du régime des salariés qui comprend 59 % des bénéficiaires mais 84% des cotisants en nombre. Alors qu'il suivait une tendance continue à la baisse depuis 2009, le nombre d'emplois salariés a, de nouveau, progressé entre décembre 2014 et décembre 2017 (+ 2 514 emplois salariés). Par voie de conséquence, la masse salariale a progressé de 2% par an au cours de la même période. Par suite, le montant des cotisations du RGS a également augmenté et atteint 82,5 milliards de F CFP en 2017.

Tableau n° 5 : Evolution du nombre de bénéficiaires et de cotisants par régime

Nombre de bénéficiaires de la PSG	2014	2015	2016	2017	différence 2017 - 2014	soit en %	
RGS	157 877	157 078	161 146	165 271	7 394	4,7%	
RSPF	71 825	73 074	58 265	60 687	-	11 138	-15,5%
RNS	14 263	14 698	22 578	17 339	-	3 076	21,6%
Sécurité sociale	26 056	25 979	26 151	26 355	-	299	1,1%
total bénéficiaires PSG	270 021	270 829	268 140	269 652	-	369	-0,1%

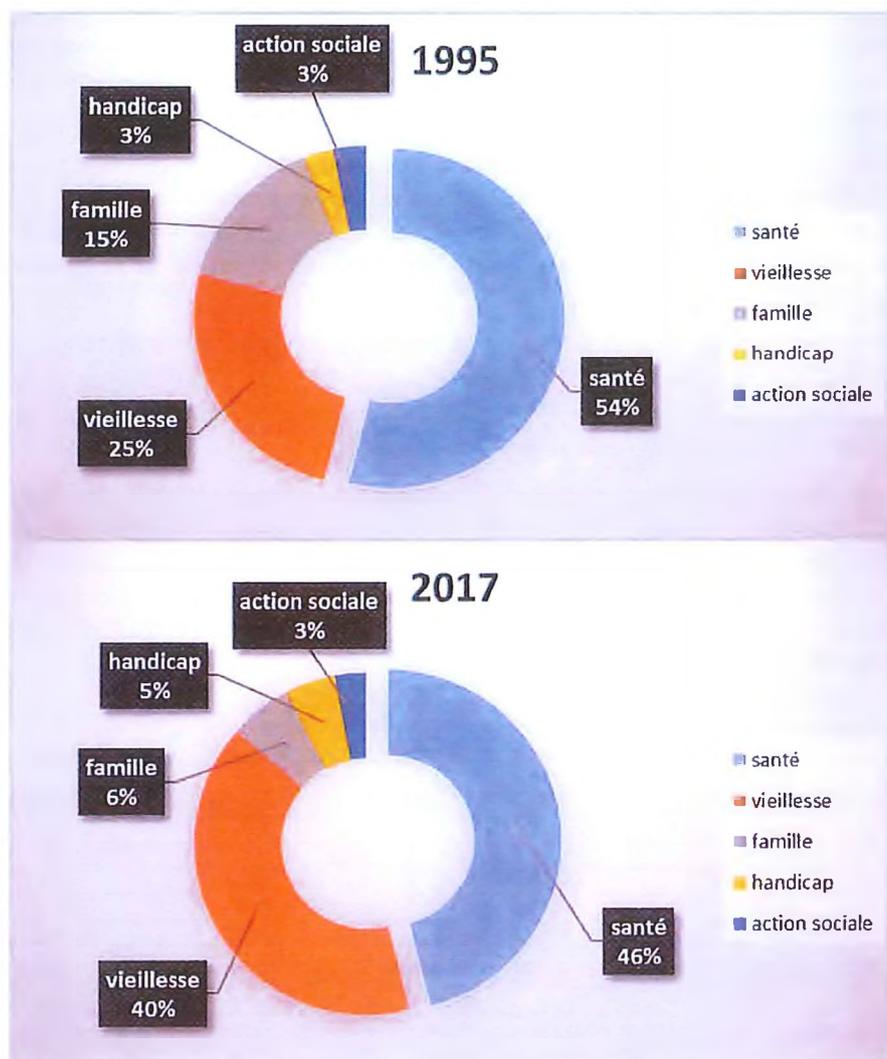
Nombre de cotisants	2014	2015	2016	2017	différence 2017 - 2014	soit en %
RGS	58 700	59 500	60 000	61 300	2 600	4,4%
RNS	10 070	10 713	12 257	12 795	2 725	27,1%
Total	68 770	70 213	72 257	74 095	5 325	7,7%

Source : à partir du rapport d'information financière 2017 - RIF

L'année 2016 marque une diminution de 15 000 bénéficiaires du RSPF par rapport à l'exercice précédent ; en parallèle, le nombre de bénéficiaires du RNS augmente de près de 8 000 bénéficiaires. Ce mouvement résulte d'une politique de contrôle accentuée.

Le système de protection sociale comprend cinq branches : santé, vieillesse, famille, handicap et action sociale. Le graphique qui suit permet de constater que la part de la branche santé a diminué en proportion du total (de 54% à 46 %) alors que celle de la vieillesse augmentait dans le même temps de plus de 15 points (24,8% à 40,3%).

Graphique n° 2 : Répartition des dépenses de la PSG par branche entre 1995 et 2017



Source : chiffres clefs 2017 de la CPS

2.1.2 Des dépenses de santé en augmentation, majoritairement composées de dépenses de personnel

2.1.2.1 Vue d'ensemble

Selon la définition donnée par l'organisation mondiale de la santé, la santé doit être appréhendée comme un état de bien-être physique, psychique et social et ne se réduit donc pas à l'absence de maladie ou d'infirmité.

Les caractéristiques géographiques et démographique de ce territoire aboutissent, de fait, par un niveau de dépenses, toutes choses égales par ailleurs, plus élevé que pour des territoires plus regroupés. L'efficacité du système de santé polynésien n'en est pas moins stratégique tant pour garantir les enjeux de santé publique que pour le faire au meilleur niveau de dépenses publiques. A cet égard, l'efficacité d'un système de santé peut être appréhendée au travers de l'état de santé d'une population, des dépenses engagées et d'une comparaison avec d'autres territoires.

Dans ce domaine, si la Polynésie française se situe au 4^{ème} rang mondial en consacrant une part importante de son produit intérieur brut aux dépenses de santé, l'espérance de vie de sa population se situe, à l'inverse, au 46^{ème} rang mondial avec 76,7 années en 2015.

En réponse, le président du Pays a indiqué que « *le classement de la Polynésie au 4^{ème} rang mondial (...) n'est pas approprié (...), [et que] l'évolution depuis 2010 des dépenses de santé en Polynésie française semblait maîtrisée* ».

La chambre prend acte de cette réponse mais maintient son analyse quant à un niveau de dépenses publiques de santé élevées en proportion du PIB, même s'il convient de nuancer ce constat car, en valeur absolue, la dépense courante de santé était de 283 000 F CFP en Polynésie française soit un niveau inférieur à celui de la métropole (444 000 F CFP).

Les données publiées par la direction de la santé du Pays¹⁵, mettent en avant des indicateurs de santé défavorablement orientés : le taux de mortalité en Polynésie française est en augmentation pour les pathologies de l'appareil circulatoire et celles du cancer. Ces dépenses, qui représentent 79,4 milliards de F CFP en 2015, sont également en augmentation sur la période 2010 à 2015 (+3 282 MF CFP, soit +4,3%). Compte tenu de l'objet du présent rapport, les développements seront axés sur les seules dépenses de santé, sans prendre en considération les autres branches (vieillesse, famille, handicap et action sociale).

Tableau n° 6 : Les dépenses de santé en % du PIB

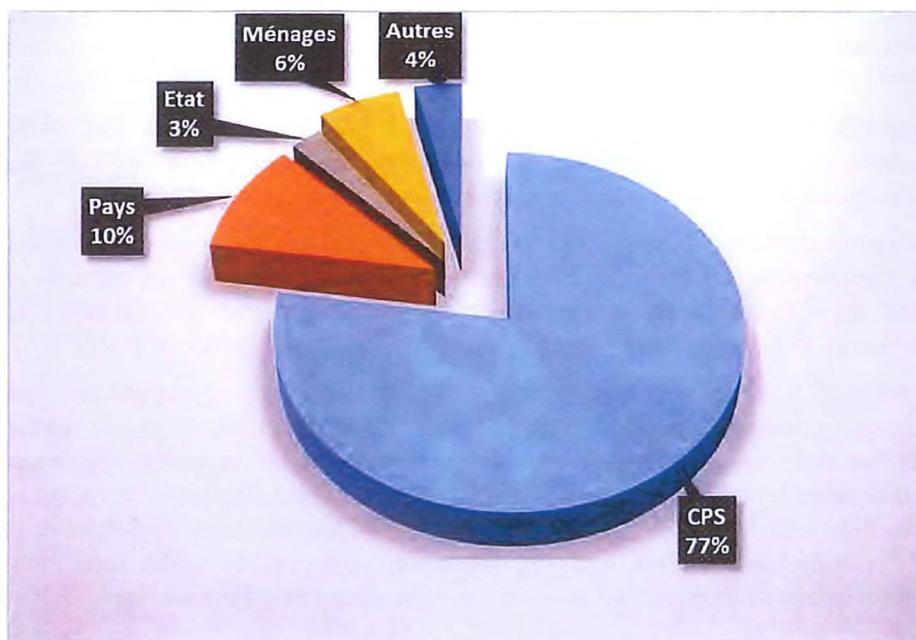
rang mondial	Pays	% PIB
1	Etats-Unis	17,1%
2	Iles Marshall	17,1%
3	Tuvalu	16,5%
4	Polynésie française (2015)	14,4%
5	Maldives et Micronésie	13,7%
6	Suède	11,9%
7	Suisse	11,7%
8	France	11,5%
	moyenne mondiale 2014	9,9%

Source : World bank 2014

¹⁵ BEH 10/2016 du 5 avril 2016.

Si la CPS représente plus des trois quarts des dépenses de santé, il faut également y ajouter les dépenses des ménages et des partenaires publics, en particulier l'ensemble des dépenses de santé des structures de la direction de la santé (dispensaires, hôpitaux de proximité, etc....) que ce soit au titre de l'activité de soins, de prévention ou de veille sanitaire.

Graphique n° 3 : Dépenses courantes de santé en 2015¹⁶



Source : les comptes de la santé de la Polynésie française – 2015

2.1.2.2 Les dépenses de santé prises en charge par la CPS

En 2017, les dépenses de santé prises en charge par la CPS représentent 52,6 milliards de F CFP dont 51,1 milliards pour l'assurance maladie et 1,5 milliard pour les accidents du travail.

Le premier poste de dépenses concerne les établissements hospitaliers au titre du soin, y compris les dépenses des cliniques et des hôpitaux de proximité de la direction de la santé, pour un total de près de 21 milliards de F CFP (39%).

Le second poste de dépenses recouvre les soins dits ambulatoires qui regroupent les honoraires des médecins libéraux et autres professionnels de santé, les dépenses de pharmacie et celles des établissements de santé publique. pour un montant total de plus de 18,5 milliards de F CFP (35%).

¹⁶ Données issues des comptes de la santé établis par le Pays, non disponibles au-delà de l'exercice 2015.

A lui seul, le CHPF concentre 30% des dépenses totales de santé, alors que les structures publiques de la direction de la santé n'en consomment que 3%. Cette situation est le reflet d'une chaîne d'acteurs aujourd'hui insuffisamment organisée et, de fait, hypertrophiée autour du CHPF.

Cette situation est également due au fait que les autres établissements publics de la santé ne codent et ne valorisent que de façon très résiduelle leur activité de soins, échappant de fait à une prise en charge par la CPS.

En outre, les tarifs pratiqués dans les centres de soins de la direction de la santé ont été fixés par un arrêté en 1995 ; ce tarif n'a pas été modifié depuis lors. De plus, ces tarifs sont largement inférieurs à ceux pratiqués par le CHPF. A titre d'exemple, une journée d'hospitalisation à Taravao est de 18 000 F CFP¹⁷ contre 285 000 F CFP en MCO au CHPF. L'ancienneté de la grille tarifaire nécessiterait que le Pays la fasse évoluer car elle ne reflète plus la réalité des coûts. Cette évolution semble d'autant plus nécessaire qu'elle est aujourd'hui invoquée par les acteurs comme un frein à la constitution d'une véritable communauté hospitalière de territoire.

Tableau n° 7 : Dépenses courantes de santé en 2015

catégories	en milliards de F CFP	% des dépenses totales
Soins établissements hospitaliers	20,7	39%
Soins ambulatoires	18,5	35%
Dépenses hors du pays	3,4	7%
Indemnités journalières	4,6	9%
Fournisseurs	2,7	5%
Centres médico-sociaux	2,6	5%
Total	52,6	100%

Source : à partir des données CPS

2.1.2.3 Les autres dépenses de la collectivité liées à la mission de santé publique

En plus des dépenses de santé prises en charge par la CPS, figurent également les dépenses directement portées par le Pays.

2.1.2.3.1 Des dépenses de fonctionnement en augmentation

Le coût de fonctionnement de la direction de la santé publique, y compris les charges de personnel, s'élève à 9,7 milliards de F CFP en moyenne annuelle de 2014 à 2017. Il est en croissance de 10% sur la période, passant de 9,3 milliards de F CFP en 2014 à 10,2 milliards de F CFP en 2017.

¹⁷ Forfait sans différenciation de la spécialité.

Tableau n° 8 : Répartition du budget de fonctionnement de la santé publique par programmes, en MF CFP

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014 / 2017	Moyenne 2014 à 2017
ARASS				70	ns	ns
Bâtiments administratifs	7	12	14	17	123%	13
Formation professionnelle	156	157	157	136	-12%	151
Offre de santé - Médecine curative	6 149	6 463	6 494	6 611	8%	6 429
Santé publique - Prévention	2 364	2 410	2 498	2 705	14%	2 495
Veille et sécurité sanitaires	603	584	545	690	14%	605
Collecte et traitement déchets de soin	8	9	20	8	-1%	11
Total dépenses santé publique	9 288	9 635	9 728	10 238	10%	9 722

Source : CTC d'après les CA du Pays

Globalement, les dépenses de fonctionnement de la direction de la santé sont constituées par les dépenses de personnel. Celles-ci représentent en effet 69% des charges totales, soit 6,7 milliards de F CFP en moyenne par an.

Tableau n° 9 : Charges de personnel par programmes, en MF CFP

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014 / 2017	Moyenne 2014 à 2017
Offre de santé - Médecine curative	4 716	4 851	4 740	4 816	2%	4 781
Santé publique - Prévention	1 490	1 496	1 474	1 455	-2%	1 479
Veille et sécurité sanitaires	447	408	389	565	26%	452
ARASS				62	NS	NS
Total dépenses de personnel	6 653	6 756	6 603	6 899	4%	6 728
Total dépenses santé publique	9 288	9 635	9 728	10 238	10%	9 722
<i>part des dépenses de personnel</i>	<i>72%</i>	<i>70%</i>	<i>68%</i>	<i>67%</i>		<i>69%</i>

Source : CTC d'après les CA du Pays

Les dépenses de personnel ont augmenté de 4% au cours de la période sous revue et ont atteint 6,9 milliards de F CFP en 2017. Au 31 décembre 2017, les effectifs présents et payés de la direction de la santé étaient au nombre de 1017, dont 180 agents non titulaires (ANT).

Au total, les dépenses de fonctionnement liées à la mission de santé publique portée par le Pays, et particulièrement son activité d'offre de santé – médecine curative, n'est pris en charge qu'à la marge par la PSG. Ainsi, les recettes en provenance de la CPS ne représentent en moyenne que 14% des dépenses engagées par le Pays.

Tableau n° 10 : Recettes des structures de soins du Pays, en MF CFP

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014 / 2017	Moyenne 2014 à 2017
Recettes des structures de soins y compris produits sur exercices antérieurs	1 460	1 190	1 514	1 257	-14%	1 355
Total dépenses santé publique	9 288	9 635	9 728	10 238	10%	9 722
<i>part des recettes sur les dépenses</i>	<i>16%</i>	<i>12%</i>	<i>16%</i>	<i>12%</i>		<i>14%</i>

Source : CTC d'après les CA du Pays

La dépense nette du Pays a donc atteint 9 milliards de F CFP en 2017.

2.1.2.3.2 Un effort d'investissement nettement en deçà des objectifs

De 2014 à 2017, les dépenses d'investissement cumulées ont atteint 3 milliards de F CFP, soit un effort d'investissement limité à moins de 760 MF CFP par an. Pourtant, la direction de la santé a bénéficié de plus de 6,8 milliards de F CFP de crédits de paiement au cours de la même période, le taux de réalisation est resté faible (44%).

Au total, les investissements des quatre dernières années sont modestes alors que les besoins identifiés étaient très importants, et les financements largement disponibles, par exemple dans le cadre du contrat de projets 1 et 2 (CDP1 et CDP2), de la convention oncologie et du pôle de santé mentale.

Tableau n° 11 : Dépenses d'investissement, en MF CFP

	2014	2015	2016	2017	Cumul 2014 à 2017
CP délégués	1 646	1 431	1 349	2 428	6 854
CP mandatés	720	599	912	805	3 035
<i>Taux de réalisation CP mandatés/CP délégués</i>	<i>44%</i>	<i>42%</i>	<i>68%</i>	<i>33%</i>	<i>44%</i>

Source : CTC d'après les CA du Pays

Le bilan du premier contrat de projets Etat – Polynésie française est décevant tandis que le second contrat progresse lentement. Alors qu'une enveloppe budgétaire de 8,1 milliards de F CFP était prévue au premier contrat de projets (CDP 1), la programmation n'a atteint que 2,1 milliards de F CFP à l'issue du contrat, soit un taux de réalisation de 26%.

Tableau n° 12 : Bilan de la programmation du CDP 1, en MF CFP

Objectifs du volet santé	Montant du CDP1	Montant programmé définitif	Part programmée / montant CDP1	Dont versement Etat
Objectif 1 : Compléter l'offre de soins de proximité	4 372	1 272	29%	640
Objectif 2 : Développer la prise en charge en Santé mentale	1 771	375	21%	188
Objectif 3 : Optimiser les urgences	302	192	64%	96
Objectif 4 : Renforcer la veille et la sécurité sanitaire	1 631	287	18%	143
TOTAL	8 076	2 126	26%	1 067

Source : CTC d'après les données de la DBF

Aucun des objectifs spécifiques n'a été atteint au cours des six années (2008-2014) du contrat dans le cadre du CDP 1.

En comparaison, le volet santé du nouveau contrat couvrant la période 2015-2020 (CDP 2) est bien plus modeste et ne fixe aucun objectif de production quantifié. Il est doté d'une enveloppe de financement ramenée à un montant moindre (3,580 milliards de F CFP), financée à parité par l'Etat et la Polynésie française.

Il faut souligner plusieurs caractéristiques de ce CDP 2. Les fonds sont quasi libres d'emploi puisque le champ d'intervention prévu au contrat est très vaste. Par ailleurs, les indicateurs de suivi proposés par la direction de la santé dans le contrat ne sont pas pertinents. En effet, ils ne permettent pas d'identifier des objectifs quantitatifs et/ou qualitatifs sur une période définie ; en l'absence de valeurs initiales et de valeurs cibles, il ne sera pas possible de mesurer l'apport des nouvelles structures sur l'accès aux soins de la population.

En dépit de règles particulièrement allégées, le bilan à mi-parcours du CDP 2 est également décevant. Effectivement, les montants financiers programmés ne représentent que 1,1 milliards de F CFP correspondant à 31% de l'enveloppe globale. Cette situation est paradoxale car les besoins de développement des structures de santé, tels que décrits dans le schéma d'organisation sanitaire, sont considérables.

En réponse, le président du Pays a indiqué que la collectivité devait « *inventorier (ses) besoins, les évaluer et les inscrire en dépenses au fur et à mesure que les ressources financières dégagées permettront de relancer l'investissement* ».

Nonobstant cette réponse, la chambre maintient que cette situation illustre une insuffisante maîtrise par le Pays du pilotage de son cycle d'investissement permettant de se doter des infrastructures nécessaires à la réalisation de la stratégie. Seule l'inscription de projets conséquents 2020 pourrait permettre une utilisation optimale des crédits mis à disposition du secteur de la santé publique.

Par ailleurs, en mars 2017, l'Etat et le Pays ont signé l'accord pour le développement de la Polynésie française dans lequel a été prévu le renforcement de la prise en charge des patients atteints de cancers. A cette fin, une enveloppe de financement de 716 MF CFP sur trois ans a été réservée à l'amélioration des soins à Tahiti et dans les archipels ainsi qu'au développement des capacités d'information, d'archivage et de coordination en matière de cancérologie.

Une première convention de mise en œuvre de cet accord a été signée le 18 janvier 2018 au titre des investissements de 2017, pour un montant total de 284 MF CFP. Une deuxième convention, prévoyant 298 MF CFP d'investissement est en projet.

L'activité de chimiothérapie a été déployée aux hôpitaux de Taravao d'une part et de Uturoa d'autre part en 2017 et à Taiohae en 2018. L'acquisition d'un mammographe en 2017 à l'hôpital de Taiohae a également permis de renforcer la prévention grâce au déploiement des dépistages, en adéquation avec les objectifs du SOS et du plan cancer.

Au total, ce sont donc 582 MF CFP de dépenses d'investissement qui ont été financées à hauteur de 80 % par l'Etat et de 20 % par le Pays, répondant ainsi au projet de rapprocher la prise en charge des patients au plus près des populations.

Tableau n° 13 : Liste des projets financés dans le cadre de la convention oncologie

Année de programmation	Libellé du projet	coût du projet en MF CFP	dont Etat en MF CFP	dont Pays en MF CFP
2017	Chimiothérapie à l'hôpital de Taravao - aménagement de box de chimiothérapie - travaux et équipements	28	22	6
2017	Chimiothérapie à l'hôpital de Uturoa - aménagement de box de chimiothérapie - travaux et équipements	31	25	6
2017	Acquisition d'un mammographe à l'hôpital de Taiohae	18	14	4
2017	Modernisation du registre des cancers – acquisition et installation d'un logiciel pour le registre des cancers	4	3	1
2017	Modernisation du service oncologie du CHPF – acquisition d'équipements en faveur du service oncologie	204	163	41
2018	Aménagement de box de chimiothérapie à l'hôpital de Taiohae - travaux et équipements	23	18	5
2018	Renouvellement du matériel de diagnostic radiologie de l'hôpital de Uturoa	86	69	17
2018	Subvention au CHPF - Acquisition d'équipements en faveur du service oncologie	185	148	37
2018	Acquisition et installation du logiciel Zeus	4	4	1
Programmation totale		582	466	116

Source : d'après la convention oncologie

2.1.3 Un financement majoritairement dépendant des cotisations

En 1995, à sa création, la PSG était financée à 60 % par des cotisations. En 2017, cette proportion est de 71 %, dont les cotisations patronales (50 %), salariales (19 %) et des retraités¹⁸ (2 %). Le reste provient, pour un total de 29 % de la fiscalité directe, de l'affectation de taxes sur la consommation et de subventions du Pays et de l'Etat¹⁹.

Tableau n° 14 : Les recettes de la PSG en millions de F CFP (RGS, RNS, RSPF)

	2014	2015	2016	2017	différence 2017 - 2014	soit en %
cotisations	80 391	83 333	89 975	86 682	6 291	7,8%
Total des ressources	121 565	113 291	125 013	125 666	4 101	3,4%

Source : à partir du rapport d'information financière 2017 - RIF

De 2014 à 2017, les recettes de la PSG ont globalement augmenté de 3,4% ; dans le même temps, les recettes provenant des cotisations ont progressé plus rapidement (+7,8%). Entre 2014 et 2017, le total des cotisations a augmenté de 6,3 milliards de F CFP ; cette croissance résulte non seulement de l'augmentation de la masse salariale mais également des taux des prélèvements sociaux patronaux et salariaux (+ 2 points en 4 ans). En 2017, le taux moyen de prélèvement social est de 12,4% pour les salariés et de 30,4% pour les employeurs²⁰. Ces taux, conséquents, ne laissent que peu de marges de manœuvre disponibles pour suivre l'augmentation prévisible des dépenses de santé.

Si les cotisations sont majoritaires dans les recettes de la PSG, ce n'est que grâce à des subventions du Pays et de l'Etat ainsi qu'à l'affectation de ressources que la PSG est financée. Le tableau ci-après, qui retrace les recettes de la PSG hors cotisation, permet de constater que le Pays subventionne non seulement le RSPF au travers du Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP) mais aussi directement le RGS et le RNS.

Le Pays rembourse également 800 MF CFP par an afin d'apurer le déficit du RGS constatée à hauteur de 14,8 milliards de F CFP au 31 décembre 2010. Pour cela, le Pays a décidé la création d'un compte d'affectation spéciale, le fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES)²¹.

¹⁸ Pour la seule assurance maladie.

¹⁹ Une partie de ces contributions sont regroupées dans un fonds créé en 2013 ; il s'agit du fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP).

²⁰ 29,9 % pour le secteur public.

²¹ Loi du pays n° 2011-12 du 7 avril 2011 relative à la prise en charge et aux mesures de résorption du déficit cumulé de l'assurance maladie du régime général des salariés.

Tableau n° 15 : Les recettes de la PSG hors cotisations

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014 / 2017	Moyenne 2014 à 2017
Subvention RGS	1 400	1 400	1 400	1 473	5%	1 418
Subvention RNS	300	300	300	301	0%	300
Fonds pour l'amortissement du déficit social (versement au RGS)	800	800	800	800	0%	800
Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (versement au RSPF)	25 958	25 275	26 245	29 850	15%	26 832

Source : Comptes administratifs

En juillet 2013, le Pays a créé le FELP, dont un des objectifs est d'assurer le financement du régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF)²². Ce fonds a pour principales ressources la contribution de solidarité territoriale (CST) et l'affectation de taxes sur la consommation. Cette fiscalité dédiée représente, en 2017, plus de 26 milliards de F CFP, soit 77% des ressources du fonds. Elle est complétée par des subventions exceptionnelles du Pays et une contribution de l'Etat.

Tableau n° 16 : Les recettes du FELP

	2014	2015	2016	2017	Evolution 2014 / 2017	Moyenne 2014 à 2017
Taxes affectées et autres produits	8 677	9 615	9 756	10 908	26%	9 739
Impôts sur le revenu (CST et autres impôts directs)	14 747	14 091	15 245	15 612	6%	14 923
Subvention exceptionnelle du pays ²³	7 100	3 950	3 950	6 283	-12%	5 321
Participation de l'Etat		1 432	1 074	1 790	NS	NS
Recettes totales du fonds	30 524	29 088	30 025	34 592	13%	31 057
<i>*dont subvention exceptionnelle affectée à l'emploi</i>	-	3 750	3 750	4 450	NS	NS

Source : Comptes administratifs

Entre 2015 et 2018, l'Etat a ainsi versé une subvention annuelle de 1,4 milliard de F CFP en application de la convention du 16 avril 2015. C'est afin d'équilibrer le régime de solidarité de la Polynésie française, pour la période 2015 à 2017 que l'Etat et le Pays ont contractualisé, le 16 avril 2015, le montant et les modalités de versement d'une dotation budgétaire de l'Etat au Pays d'un montant de 1,431 milliard de F CFP²³. Au terme de cette convention, le Pays s'est engagé, à entamer les réformes structurelles nécessaires au redressement du déficit. Cette convention a été prolongée pour une durée d'un an et est échue depuis le 31 décembre 2018.

²² Le second objectif du FELP est de financer les actions en faveur de l'emploi (CAE en particulier).

²³ 1,431 milliard de F CFP, annulation de la dette du Pays vis-à-vis de l'APHP et alignement du tarif de soins appliqué au assurés sociaux de Polynésie française dans les établissements métropolitains sur le tarif appliqué aux assurés sociaux métropolitains.

Tableau n° 17 : Les mesures chiffrées de la convention entre l'Etat et le Pays pour le financement du RST

Description de la mesure	actions chiffrées	efficience budgétaire estimée en MF CFP
finaliser l'élaboration du SOS	place des hôpitaux de la direction de la santé	664
	organiser les régies de recettes	30
	revoir l'organisation des gardes et astreintes CHPF	216
	taifs gardes et astreintes CHPF	456
	sous total	1 366
s'assurer de la mise en application rapide de la loi de pays n° 2014-25 LP/APF du 29/07/2014 sur les conditions d'admission au RST et à leur contrôle	simplifier l'admission et renforcer le contrôle	<i>non estimée</i>
Engager une réforme de la PSG par les risques vieillesse et maladie	augmenter les cotisations du RNS et du RGS	2 688
	élargir le ticket modérateur	84
	diminuer le plafond des indemnités journalières	441
	sous total	3 216
utiliser toutes les marges de manœuvre possibles pour dégager des gains de productivité à la CPS	gain de productivité dans la gestion de la CPS	<i>non estimée</i>
actualiser et harmoniser les listes des ALD pour tous les régimes	responsabiliser les ménages	42
faire de l'abondement du FADES une dépense prioritaire dans le budget du Pays	sécuriser le mode de financement de la dette sociale	<i>neutre entre la CPS et le Pays</i>
TOTAL GENERAL		4 624

Source : à partir de la convention du 16 avril 2015

La convention fait l'objet d'un comité de pilotage entre l'Etat et le Pays. Au terme du tableau de suivi²⁴, 13 actions sont identifiées comme réalisées, 17 sont en cours et 10 présentent des difficultés de mise en œuvre.

Sur le plan qualitatif, certains indicateurs sont marqués comme présentant un avancement normal. Pourtant, il n'en est rien, les dossiers en question présentent de réelles difficultés de mise en œuvre ayant amené le Pays à les différer sine die. Il faut en particulier citer le développement de la télémédecine, la réalisation d'un espace numérique de santé, la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire. Il en est de même pour la réforme des astreintes du CHPF et de l'amortissement des bâtiments de ce dernier.

L'ensemble de ces points fera l'objet de développements dans la suite du rapport.

²⁴ Version actualisée au 22 octobre 2018.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Selon les derniers comptes de santé consolidés disponibles, les dépenses de santé représentaient en 2015 un montant total de 79,4 milliards de F CFP dont les dépenses prises en charge par la CPS, par le Pays et par les ménages.

Ces dépenses sont globalement en augmentation sur la période. Elles représentent par ailleurs une proportion importante du PIB polynésien alors que les indicateurs de santé de la Polynésie française sont défavorablement orientés.

Les dépenses de santé prises en charge par la CPS (52,6 milliards de F CFP en 2017) sont caractérisées à la fois par la prééminence du CHPF et par son trop faible taux d'ambulatoire.

Pour leur part, les dépenses de fonctionnement de la direction de la santé (9 milliards de F CFP en 2017), apparaissent en augmentation et présentent une part importante de dépenses de personnel. Les dépenses d'investissement représentent un niveau nettement en deçà des objectifs et illustrent les difficultés du Pays à adapter l'infrastructure patrimoniale et informatique ainsi que les équipements médicaux.

Afin d'équilibrer les comptes, déficitaires, de la santé, l'Etat et le Pays ont conclu une convention en 2015 qui souligne les nécessaires adaptations structurelles. Le Pays a ainsi retenu deux axes stratégiques : le déploiement d'un document définissant la stratégie d'une part et l'unification des régimes maladie d'autre part. Ce dernier ne doit pas occulter la question principale qui est celle de la soutenabilité du financement des dépenses de santé du Pays.

3 LE SCHEMA D'ORIENTATION SANITAIRE : UN BILAN MITIGE

3.1 Une stratégie incomplète

3.1.1 Vue d'ensemble

Lors de son précédent rapport d'observations définitives, la Chambre des comptes avait recommandé au Pays « *d'adopter un plan stratégique sanitaire et médico-social retenant un nombre limité d'objectifs quantifiés dont les résultats devront faire l'objet d'une évaluation régulière* ».

Si un SOS a bien été formalisé pour la période 2016 à 2021²⁵, ce document n'est pas systématiquement assorti d'objectifs quantifiés. Par ailleurs, son pilotage apparaît largement perfectible. La collectivité a indiqué que ce plan fera l'objet d'un bilan intermédiaire en 2019. La Chambre ne peut que souscrire à cet objectif.

Le constat fait par le Pays sur sa politique de santé pour la période 2016 à 2025 est objectif : « *Si la Polynésie française peut se féliciter de la mise en place de la couverture sociale universelle dès 1995, l'équilibre du système de la PSG est dans une spirale de dégradation. Les dépenses de l'assurance maladie n'ont pas cessé d'augmenter, tous régimes sociaux confondus. A l'instar de la métropole, les dépenses croissent avec le ralentissement des recettes de la protection sociale, la hausse du prix des soins, les progrès coûteux des technologies médicales, l'augmentation des personnes en longue maladie et le vieillissement de la population*²⁶ ».

L'assemblée du Pays a adopté en 2016 les orientations stratégiques de sa politique de santé²⁷. Le précédent plan de santé remontait à 2001 et n'avait pas été mis à jour pendant quinze années, illustrant l'incapacité des acteurs à porter alors une quelconque politique de santé. Avec au premier plan l'enjeu de maîtrise des dépenses de santé, le Pays a aujourd'hui ainsi défini les grandes orientations de sa politique de santé, reprises dans le tableau qui suit :

²⁵ Délibération n° 2016-11 du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé / Délibération n° 2016-12 du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.

²⁶ La politique de santé en Polynésie 2016 – 2025 (pages 4 et 5).

²⁷ Délibération 2016-11 APF du 16 février 2016 (JOPF du 24 février 2016 – page 480).

Tableau n° 18 : Les quatre axes stratégiques de la politique de santé du Pays

<i>Axes stratégiques</i>	Libellé
1	Moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social
2	Améliorer le dispositif de protection sociale généralisée pour une couverture optimale des besoins sanitaires et sociaux
3	Centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé
4	Garantir un système de santé de qualité

Source : à partir des orientations stratégiques 2016-2025

Le Pays a validé la méthodologie suivante :

- « *Un plan stratégique, pour une durée de 10 ans, définissant (...) les objectifs prioritaires et les stratégies (...),*
- *Des schémas d'organisation, d'une période de 5 ans déclinant les aspects opérationnels des priorités et des orientations stratégiques,*
- *Des programmes pluriannuels, par thématique, (cancer, systèmes d'information santé, prévention ...) qui déterminent les modalités de réalisation des actions, selon un plan structuré, chiffré et évalué,*
- *Un dispositif de conventionnement comportant des contrats d'objectifs et de moyens et des collaborations d'expertise ».*

Dressant le constat d'une mise en œuvre incomplète résultant d'une trop grande complexité du précédent schéma²⁸, le SOS 2016 à 2021, arrêté le même jour que les orientations stratégiques par l'assemblée, comporte six axes et 25 orientations.

²⁸ 2003-2008 prorogé jusqu'en 2013.

Tableau n° 19 : Les six axes du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française

Axes	Libellé	Orientations
1	Restaurer l'autorité du Pays par la mise en place d'une autorité de régulation de la santé et de la protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Fonder une autorité de régulation de la santé et de la protection sociale, - Bâtir un établissement public polynésien de soins primaires comprenant les structures de santé sans hébergement de la direction de la santé, dans les archipels et à Moorea, - Unifier le service hospitalier polynésien en créant une communauté hospitalière autour d'une entité unique (CHPF Taaone, hôpitaux d'Uturoa, Taravao et Taiohae), - Assujettir tout financement à une autorisation, - Assujettir tout équipement nouveau à une étude médico-économique, - Opposabilité du SOS.
2	Améliorer la santé primaire dans les Archipels	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la couverture de santé primaire, - Rapprocher la convalescence du domicile, - Renforcer les équipements de transport sanitaire. - Mettre l'efficacité au service du renforcement des soins primaires
3	Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'offre de dialyse, - Développer l'offre de santé mentale, - Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre cancer et adopter le plan cancer, - Créer un pôle privé unique, - Favoriser une approche par parcours de santé.
4	Faire de la prévention du surpoids un choix majeur pour la santé des polynésiens	<ul style="list-style-type: none"> - Faire de la lutte contre le surpoids une priorité du Pays en matière de prévention, - Rationaliser l'organisation de la prévention. - Partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé.
5	Relever le défi du bien vieillir	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un risque unique handicap - dépendance, - Privilégier le maintien à domicile et améliorer la prise en charge, - Proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés.
6	Soutenir l'ensemble des efforts par la constitution d'un espace numérique de santé polynésien	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une gouvernance forte des systèmes d'information de santé polynésiens, - Prioriser les moyens et les énergies sur le dossier médical partagé, - Mettre en place une télémedecine au service des soins primaires dans les archipels.

Source : à partir du SOS

Le SOS a notamment pour objectif de renforcer l'autorité du Pays au travers la création d'une agence de régulation de la santé et de la protection sociale d'une part et d'un établissement public polynésien de soins primaires²⁹ d'autre part. Au-delà de la création de ces deux nouveaux acteurs institutionnels, le SOS vise à renforcer la couverture de santé primaire en adaptant l'offre de soins et en renforçant la prévention, de façon transversale. Enfin, le SOS met en avant un double enjeu : tenir compte du vieillissement de la population polynésienne et se doter d'un espace numérique commun à l'ensemble des acteurs de santé.

Sur le fond, le SOS présente quelques lacunes. Ainsi, à l'exception des actions 57 et 59 retenant des objectifs de formations des aidants familiaux et des assistants de vie, le SOS ne contient pas d'objectif relatif à la formation du personnel de santé. Il s'agit d'une carence patente car les modalités de l'organisation de la formation et de sa structuration ne sont pas abordées, tant en matière de formation initiale que de formation continue. La mise en cohérence des activités de l'école de sages-femmes relevant du CHPF, de l'institut de formation aux soins infirmiers relevant de la direction de la santé et des formations continues aurait ainsi dû apparaître. Alors que ces remarques avaient été faites en amont de l'adoption du projet par la Direction de la modernisation et des réformes de l'administration (DMRA)³⁰, le SOS n'a pas été amendé en ce sens. Enfin, aucune action ne fait référence aux liens pourtant nécessaires entre les acteurs de la santé et l'Institut Louis Malardé, EPIC du Pays en charge d'une mission de recherche appliquée en matière de santé publique.

3.1.2 Des délais de mise en œuvre irréalistes

La formalisation d'une stratégie au travers un schéma est une démarche encore peu répandue au sein du Pays. Pour être pleinement opérationnelle, il convient néanmoins qu'un tel document retienne un nombre restreint d'objectifs opérationnels et que ces derniers soient assortis de délais de réalisation raisonnables et d'indicateurs de résultat précis.

A cet égard, force est de constater que chacune des 25 orientations, elles-mêmes déclinées en 76 actions opérationnelles ne sont pas systématiquement assorties d'un objectif identifié. De même, l'affichage des délais de réalisation apparaît très ambitieux car ils sont, pour la majorité, antérieurs à 2018 alors que le SOS s'étale de 2016 à 2021.

Dans un certain nombre de cas, le SOS prévoit des opérations test à généraliser ; les délais sont alors en moyenne, très restreints entre la démarche d'expérimentation et sa généralisation, sans prévoir, le cas échéant, le temps nécessaire permettant une adaptation de la stratégie.

²⁹ Selon les définitions de l'OMS, les soins primaires regroupent les soins curatifs, les soins de santé préventifs, les actions en faveur de la santé et les actions intersectorielles entre les partenaires de santé et les partenaires locaux.

³⁰ Avis D 20151109-361.

3.1.3 Un chiffrage trop partiel

Le SOS en lui-même apparaît insuffisamment chiffré. Alors qu'il compte 76 actions opérationnelles, seules 6 d'entre elles ont fait l'objet d'un chiffrage prévisionnel pour un montant global de 6,6 milliards de F CFP. L'effort de chiffrage de ce schéma est donc très limité.

Tableau n° 20 : Evolution des dépenses courantes de santé, en MF CFP

Actions	Montant en MF CFP
Construire le pôle de santé mentale et fusionner les services concernés dans une entité juridique unique	3 964
Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet	1 500
Favoriser le développement d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient	468
Equiper les archipels en télé médecine (téléconsultations notamment)	320
Faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation	250
Rendre effective la rotation hélicoptérée de Moorea et Taravao vers le CHPF	110
Total	6 612

Source : SOS – annexe 1

Alors qu'ils sont explicitement prévus au SOS, les schémas médico-social et les systèmes d'information n'ont pas été rédigés, en déclinaison du SOS. Seul le schéma de prévention, formalisé pour la période 2018 à 2022 a été finalisé ainsi qu'un chiffrage axe par axe pour un montant total de 7,92 milliards de F CFP.

Tableau n° 21 : Le financement du schéma de prévention

Objectif	Priorités	Montants en MF CFP
alimentation saine	processus d'engagement et progrès nutritionnel	20
	transformation des produits locaux	20
	règlementation	60
	fiscalité supportable	50
activité physique	aménagement des territoires	1 000
	limitation de la sédentarité	100
lutte contre le tabac	programmes d'actions de lutte contre le tabac	200
	fiscalité à destination du tabac	
	respect de la réglementation	
	prise en charge des patients	
Lutte contre l'alcool	programme d'actions de lutte contre l'alcool	50
	limitation de l'accessibilité aux boissons alcoolisées	
	diminution des pressions	
santé mentale et lutte contre les addictions	lutte contre les addictions	500
	la santé mentale	
hygiène alimentaire, de l'environnement et de la construction	hygiène environnement et construction	65
	hygiène alimentaire	
lutte anti-vectorielle	programmation d'action	135
Maladies infectieuses	maladies endémiques	150
	maladies épidémiques	
périnatalité	projet commun	100
	les parents en situation de vulnérabilité	100
vie scolaire	l'école un lieu promoteur	200
	un comportement responsable	
la santé au travail	la mise en œuvre des PST	250
	entreprise et administration actives	
la santé des seniors	programmation d'action	150
la lutte contre les MNT		200
l'éducation thérapeutique		100
les activités physiques adaptées		300
la lutte contre le cancer		2 500
les nouvelles technologies	soutien de la mise en place du dossier patient	20
	guide de protocole de dépistage	
	intégration du numérique	
	soutien à la télémédecine	
les nouveaux médias pour la formation		
la recherche interventionnelle		-
l'observation, la surveillance et la sécurité sanitaire		100
la démarche qualité		40
la formation des professionnels		1 500
l'évaluation		10
Total général		7 920

Source : schéma de prévention et de promotion de la santé

Alors que la prévention constitue un des six axes du SOS, le schéma de prévention n'a pas été formellement adopté par le Conseil des ministres du Pays. Ce dernier a uniquement pris acte de la communication de ce schéma, sans même en valider le contenu ni prendre un quelconque engagement financier en la matière. Le schéma de prévention est lui-même décliné en un programme d'actions sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique, un programme d'action de lutte contre les addictions et un plan cancer. Contrairement à la méthodologie arrêtée par l'assemblée de Polynésie française le 16 février 2016, ces différents documents programmatiques ne sont pas systématiquement assortis d'un chiffrage et d'indicateurs de résultat suffisamment précis pour permettre de les évaluer.

Tableau n° 22 : Le SOS 2016 à 2021 et ses déclinaisons

Document	Période	Chiffrage en MF CFP
SOS	2016 à 2021	6,6
Schéma de prévention et de promotion de la santé	2018 à 2022	7,92
Schéma médico-social	en attente / non formalisé	
Schéma des systèmes d'information	en attente / non formalisé	
Plan cancer	2018 à 2022	3,2
Projet plan bien être mental	en attente / non formalisé	
Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique	2018 à 2022	non chiffré
Programme d'actions de lutte contre les addictions en Polynésie française	2018 à 2022	non chiffré

Source : à partir des schémas

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Dans le sillage du SOS, de nombreux plans, schémas et documents stratégiques ont pu être recensés : schéma de prévention et de promotion de la santé, programme d'action polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique, plan de lutte contre le cancer, programme d'action de lutte contre les addictions en Polynésie française.

La multiplication des documents programmatiques s'est mécaniquement soldée par l'inflation d'objectifs dont le suivi et l'articulation s'avèrent complexes. Compte tenu de libellés différents et de chiffrages réalisés à des dates différentes, les matrices ne sont pas totalement interconnectées.

Par ailleurs, tous ces documents n'ont pas fait l'objet d'une procédure homogène de validation par le Conseil des ministres. Dans certains cas, ce dernier ne fait que « prendre acte » de l'existence d'un plan, sans en valider explicitement ni le contenu ni les moyens. Ce mode opératoire et la multiplication des documents stratégiques se soldent in fine par une inflation d'objectifs, parfois antagonistes. En l'absence d'engagement financier précis, c'est dans le cadre du processus budgétaire annuel que les crédits sont alloués par l'exécutif, dans une logique, de fait, concurrentielle. Dans ces conditions, la réalisation de la stratégie ne peut que s'étaler dans le temps.

Ce mode opératoire conduit à afficher des objectifs ambitieux sans se donner les moyens de les mettre en œuvre de façon progressive et méthodique. Il serait de meilleure gestion que les plans retiennent un nombre moins important d'objectifs mais que ces derniers soient chiffrés et assortis d'indicateurs de résultat permettant à la structure dédiée d'en assurer le portage dans le délai imparti. Au vu des développements qui précèdent, la Chambre recommande à la collectivité de :

<p>Recommandation n° 1 : formaliser en 2019 une procédure de validation du contenu des plans stratégiques par le Conseil des ministres assortis, dès leur validation, des moyens financiers.</p>

3.2 Une stratégie insuffisamment mise en œuvre à mi-parcours

Sur le plan formel, l'instruction a permis de constater que le suivi du SOS n'est pas assuré par un seul service mais par trois structures différentes : la direction de la santé, l'ARASS et la direction des solidarités. Le pilotage du SOS n'est donc pas centralisé ce qui ne permet pas une vision d'ensemble du suivi de ce plan faute d'un outil de suivi unique et dédié.

Pour ce qui concerne la direction de la santé, ce n'est que depuis avril 2017 qu'un tableau de suivi est mis à jour mensuellement. Pour la direction des solidarités, ce suivi n'est pas réalisé et le document ne constitue pas un outil opérationnel pour ce ministère récemment dissocié de celui de la santé. Pour l'ARASS, un tableau de suivi a été formalisé et produit dans le cadre de l'instruction.

Au global, à la fin de l'année 2018, après avoir agrégé les différentes réponses, la Chambre considère que moins de la moitié des actions sont initiées alors que le SOS 2016/2021 est à mi-parcours fin 2018.

Au-delà de la formalisation d'une stratégie, la Chambre avait recommandé, lors de son précédent rapport d'observations définitives « *d'intégrer les préoccupations de santé publique dans l'ensemble des politiques publiques qui participent à l'efficacité d'une politique de santé publique : politique de l'éducation, politique des transports, politique du logement, politique de l'emploi et, favoriser le développement des compétences des communes en matière d'approvisionnement en eau potable, assainissement des eaux usées, collecte et traitement des ordures ménagères* ». Cette recommandation n'est pas suivie aujourd'hui comme l'illustre la réponse de la collectivité indiquant que les mesures de « *prévention et de promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques seront déployées le moment venu* ».

Les développements qui suivent visent à porter une évaluation qualitative sur la mise en œuvre de chacun des six axes du SOS.

3.2.1 Restaurer l'autorité du Pays

Le premier axe du SOS « *restaurer l'autorité du Pays* » comporte 6 orientations et 13 actions opérationnelles. Les mesures visent en particulier à créer une autorité de régulation de la santé en veillant à assoir son autorité, à bâtir un établissement polynésien de santé primaire et à unifier l'ensemble des hôpitaux au sein d'une communauté hospitalière de territoire.

3.2.1.1 Fragilité du positionnement de l'ARASS

La création de l'ARASS est effective depuis le 26 juillet 2017³¹. Cette agence a été mise en place en tant qu'outil de régulation de la santé et de la protection sociale chargée du pilotage opérationnel des décisions stratégiques. Outre la définition de ces dernières, l'agence planifie l'organisation de l'offre de soins publique et privée et l'offre de structures d'accueil social et médico-social. Elle définit, dans un but affiché de maîtrise des dépenses, le montant des enveloppes affectées aux organismes sanitaires et sociaux. Elle est également chargée, conformément au schéma d'organisation sanitaire, de l'ensemble des autorisations et agréments des secteurs sanitaire et social, de l'élaboration de la réglementation et du contrôle de son application, permettant ainsi la régulation de l'offre.

Si l'ARASS dispose, au vu des textes qui la créent, de l'autorité nécessaire pour assumer son rôle, son positionnement comme service administratif du Pays ne lui confère pas, de fait, au-delà des interactions personnelles actuelles entre la direction de l'ARASS et l'exécutif du Pays, un positionnement suffisamment indépendant vis-à-vis des autres acteurs du système de santé.

³¹ Arrêté CM n° 01206/CM.

Dotée de 27 ETP dans le cadre du premier arrêté de création³², les moyens de l'ARASS ont été réduits à 22 ETP avec l'adoption du second arrêté³³. Son organigramme permet de constater que l'ARASS présente en 2018 la moitié de son effectif (11 ETP) affectée au bureau de la réglementation et de l'inspection. En agrégeant ces effectifs au bureau de l'administration générale (5 ETP), il ne reste que deux ETP pour le bureau de l'analyse financière et 2 ETP pour celui de la planification. L'un d'eux fait toujours l'objet d'une procédure de recrutement en cours en 2018, sur un profil réorienté de statisticien vers celui de gestionnaire de données informatiques.

Il apparaît que la création de cette nouvelle structure n'a pas donné lieu à la préparation et à l'anticipation nécessaires. Ce n'est que le 30 août 2018 qu'un séminaire d'organisation a eu lieu au sein de l'ARASS afin de réfléchir à l'indispensable rééquilibrage entre tâches opérationnelles et stratégiques³⁴.

Au-delà d'un renforcement souhaitable des moyens humains en charge de la réflexion stratégique et de la définition d'une offre de soins, la Chambre ne peut qu'inviter le Pays, dès lors que le statut d'autonomie le permettra, à doter l'ARASS d'un statut d'autorité lui permettant, en toute indépendance, d'assumer pleinement son rôle stratégique.

3.2.1.2 Un processus de rapprochement des acteurs qui s'éloigne du SOS

Le déploiement d'une communauté hospitalière de territoire avec le CHPF est loin d'être mis en œuvre fin 2018. Sur ce dernier point, la Chambre avait recommandé, lors de son précédent rapport « *d'envisager le rattachement des hôpitaux périphériques au CHPF afin de lui confier la responsabilité des soins publics de médecine spécialisée pour l'ensemble des archipels* ». Cette mesure a été inscrite au SOS sous l'action n° 7 intitulée « *créer une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique (CHPF du Taaone, Uturoa, Taravao et Taiohaë)* ».

Contrairement à ce qui est indiqué au SOS, le ministère de la santé a précisé que « la création d'une communauté hospitalière avec la CHPF est prématurée en raison de l'écart entre le niveau des plateaux techniques des différentes structures, des populations traitées, des conséquences que cela entraîne dans l'immédiat : juridiques (statut du personnel des praticiens des structures de la DS et les revendications statutaires des PH du CHPF) et financières (équilibre des budgets du CHPF et financement des structures de la DS en fonctionnement et en investissement)³⁵ ».

La chambre considère que cette réponse acte, comme déjà indiqué, une logique concurrentielle entre le CHPF et les structures de la direction de la santé alors que ces acteurs doivent au contraire coordonner leur action au sein de la filière de santé.

En avril 2017, le Ministère de la santé a sollicité la DMRA pour réaliser une étude sur la réorganisation des hôpitaux de la direction de la santé. Aux termes de plusieurs échanges avec le Ministère, l'étude a finalement proposé le regroupement des hôpitaux de proximité avec les structures de la direction de la santé au sein d'un établissement public de soins primaires.

³² Arrêté CM n° 01206/CM du 26 juillet 2017.

³³ Arrêté 1822/CM du 12 octobre 2017.

³⁴ Agréments de structures en particulier.

³⁵ Réponse au questionnaire n°1 de la CTC.

Cette proposition, qui s'éloigne sensiblement du SOS, n'a pas encore fait l'objet d'un arbitrage du ministère.

En parallèle, le projet d'établissement de soins de santé primaires de Polynésie française a fait l'objet d'une formalisation par la direction de la santé, dans la stricte application du SOS, en regroupant les acteurs de la direction de la santé et l'hôpital local de Moorea. Fin 2018, quatre structures sur un total de 48 acteurs se sont ainsi inscrites dans la phase d'expérimentation, sept autres devant intégrer la démarche en 2019.

Le déroulement de ces deux actions structurantes du SOS illustre le manque de pilotage unique ; la restauration de l'autorité du Pays est donc largement perfectible.

Au vu des développements qui précèdent, la Chambre recommande à la collectivité de :

Recommandation n° 2 : identifier le plus rapidement possible et au plus tard en 2019, la structure unique en charge du suivi de l'ensemble des axes du Schéma d'organisation sanitaire.

3.2.2 Améliorer la santé primaire dans les archipels

3.2.2.1 Une coopération naissante à conforter

L'axe « *améliorer la santé primaire dans les archipels* » comporte quatre orientations et quatorze actions opérationnelles visant à renforcer les équipements de transport sanitaire, à déployer des lits de SSR par reconversion de lits de MCO et à faciliter l'installation de médecins, y compris étrangers dans les îles.

Si le renforcement des équipements de transport sanitaire est atteint (rotations hélicoptérées CHPF), il n'en est pas de même pour les autres orientations.

Dans le cadre de son précédent rapport, la Chambre avait recommandé, « *d'envisager la fermeture des dispensaires de la direction de la santé là où la présence suffisante de la médecine libérale ne justifie plus leur implantation et, redéployer les moyens dans les centres médicaux où aucune solution alternative de médecine libérale n'existe, afin d'assurer une réelle permanence des soins de médecine générale dans les archipels* ». Par déclinaison, la Chambre avait recommandé de « *créer un tiers-payant sans reste à charge et définir un panier de soins pour les bénéficiaires du régime de solidarité territoriale afin de garantir l'accès de tous aux soins* ».

La lecture du SOS permet de constater que la fermeture des dispensaires de Papeete n'a pas été retenue par le Pays dans le cadre de sa stratégie. Le ministère de la santé a également précisé qu'il a été choisi de développer le concept de soins de proximité (chimiothérapies délocalisées à Taravao et Uturoa, mammographie à Taiohae, installation d'un scanner à Uturoa et décentralisation de la dialyse à Taravao et Uturoa), répondant ainsi à la structuration d'un réseau de soins cancer prévue à l'axe 3 du SOS.

Outre le rapprochement de la prise en charge pour les patients, la délocalisation de la chimiothérapie à Uturoa et Taravao ainsi que l'implantation du scanner à Uturoa, donnent corps à la nécessaire coordination entre le CHPF et les hôpitaux périphériques, démarche préalable au futur déploiement d'une communauté hospitalière de territoire.

Conformément au projet de service du bloc opératoire de l'hôpital périphérique d'Uturoa, cette coopération mériterait d'être renforcée, ce dernier pouvant prendre en charge localement certaines activités opératoires de premier niveau, limitant ainsi les évacuations vers le CHPF (coloscopies, endoscopies, ORL³⁶, ophtalmologie). C'est dans le même esprit de limitation des évacuations que le conseil des ministres a examiné le 28 novembre 2018 le projet de modification de la carte sanitaire afin d'autoriser la création de quelques lits de néonatalogie à l'hôpital d'Uturoa.

3.2.2.2 Inefficacité des mesures destinées à enrayer la crise de la répartition médicale sur le territoire

Alors que l'enjeu premier de cet axe visait à mieux répartir les compétences médicales, force est de constater que les mesures inscrites au SOS n'ont pas permis de recruter de nouveaux effectifs. C'est pourtant cette préoccupation vitale qui avait conduit à inscrire au SOS, dès 2016 et 2017, les actions très concrètes « *d'incitation à l'installation de libéraux dans les îles* » ou « *d'installation de médecins, y compris étrangers à diplôme hors UE* ».

Les contacts pris par le Pays avec les syndicats de médecins et d'infirmiers libéraux n'ayant abouti à aucune installation de médecin et d'infirmier telles que prévues au SOS, il a été choisi d'agréer certaines structures afin d'accueillir des internes. Alors que le SOS retenait 2016 et 2017 comme échéance, ce n'est qu'en avril 2018 qu'une mission a permis d'agréer neuf sites de la direction de la santé dans cette optique³⁷. Par la suite, en octobre 2018, une nouvelle convention a été signée entre le Pays, l'Etat et l'université de médecine de Bordeaux, ouvrant la possibilité aux internes de tous les CHU de France d'effectuer leur stage en Polynésie française. La collectivité espère accueillir 80 internes à partir de 2019, contre seulement 40 jusqu'à présent.

Compte tenu de la difficulté de recruter des médecins, le SOS prévoyait dans le cadre de l'action opérationnelle n°15 de « *faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation* ». Cette action était assortie d'un objectif de formations de 2016 à 2018. Pourtant, ce n'est qu'en juillet 2018 qu'un projet de texte sur l'élargissement des compétences des infirmiers diplômés d'Etat a été formalisé et que le plan de formation a été diffusé au personnel de la direction de la santé.

Selon les données produites³⁸ par la collectivité, les effectifs pourvus de la direction de la santé, représentent 1 074 agents au global dont 135 praticiens hospitaliers, médecins et sages-femmes. Seuls 82 agents ont le statut de titulaires et stagiaires en instance de titularisation, la direction de la santé faisant très largement appel à des agents non titulaires (53), traduisant une tension sur les recrutements de compétences pérennes. Au global, 48 postes sont vacants au 31 décembre 2017³⁹ : les cadres d'emplois sont, à 80%, en lien avec le soin au sens large : médecins et praticiens hospitaliers (30%), infirmiers (23%) et aides-soignantes (25%).

³⁶ Réalisation localement, par exemple, des tympanoplasties, ce qui éviterait aux habitants des ISLV de rester sur Papeete (impossibilité de prendre l'avion avant 3 semaines, générant un coût d'hébergement supplémentaire).

³⁷ Pour le volet curatif, les sites suivants sont agréés : hôpital de Moorea, hôpital de Taravao, hôpital de Uturoa, dispensaire de Uturoa et dispensaire de Papeete.

³⁸ Effectifs au 31 décembre 2017 (DGRH).

³⁹ DUOG 31/12/2017.

On retrouve la même tension sur les fonctions supports de la direction de la santé : les agents de catégories A et B de la filière administrative et financière représentent au global 41 agents dont 21 non titulaires.

En conclusion, ces chiffres illustrent l'incapacité du Pays à lever les freins, en particulier internes à l'administration du Pays, lesquels empêchent ce dernier de se doter de compétences médicales et paramédicales stables. Aussi, la chambre recommande au Pays de :

Recommandation n° 3 : Mettre en œuvre, de manière urgente, une politique de ressources humaines et de recrutement opérationnelle permettant de se doter des compétences médicales et paramédicales pérennes.

3.2.2.3 Un patrimoine et des équipements vieillissants

Au-delà des effectifs évoqués supra, l'amélioration de la santé primaire dans les archipels nécessite que la direction de la santé dispose des outils adaptés. Tel n'est pas le cas tant s'agissant du patrimoine immobilier que du matériel médical.

3.2.2.3.1 Un patrimoine immobilier non suivi

La direction de la santé dispose d'un patrimoine estimé à 330 244 m² ; l'ancienneté des locaux recensés n'est pas précisée dans les rapports d'activité et n'a pu être fournie par la direction de la santé. Cette situation résulte non seulement de l'absence de moyens humains dédiés au suivi patrimonial au sein de la direction de la santé mais également de l'insuffisance des moyens financiers dédiés à l'entretien du patrimoine. Ce n'est que courant 2018 qu'un effectif de la direction de la santé a été dédié au suivi de ce volet patrimonial afin de mettre en place une démarche de rationalisation et d'optimisation patrimoniale.

Faute d'une connaissance minimale, le patrimoine immobilier n'est pas entretenu et maintenu selon une méthodologie constante sur l'ensemble du territoire. En dépit de l'entretien réalisé par certaines équipes en local, l'inéluctable dégradation qui en résulte oblige le Pays à programmer des travaux de rénovation lourds ou de reconstruction lorsque les bâtiments sont devenus totalement impropres à leur destination initiale.

Dans ces conditions, la Chambre ne peut que recommander de formaliser dès 2019 un PPI. Au-delà des moyens internes mobilisés, seul un accompagnement externe permettra la pleine réalisation de cet objectif :

Recommandation n° 4 : formaliser en 2019 un plan pluriannuel d'investissement du patrimoine.

3.2.2.3.2 Des équipements médicotechniques de moins en moins maintenus

En comparaison, les équipements médicotechniques sont inventoriés de façon précise et suivis par un service composé de 5 agents. Ces derniers gèrent un parc de 6 921 matériels et équipements pour une valeur globale de 1,9 milliard de F CFP.

S'ils sont inventoriés, ces équipements n'en sont pas moins de plus en plus vétustes puisque ceux de plus de 8 ans représentent une valeur de 1.1 milliard de F CFP soit près de 60 % du total. Faute de disposer des moyens humains et financiers suffisants, le taux de maintenance préventive des équipements n'est plus que de 20 % en 2018, seuls les matériels critiques faisant l'objet d'une maintenance préventive.

Depuis 2011, le bureau médical, qui bénéficiait d'une certification Iso 9001, l'a perdue à défaut de pouvoir assurer la maintenance préventive conformément aux règles applicables.

Avec un niveau d'investissements limité à environ 100 MF CFP par an, le Pays n'est donc pas en capacité de renouveler ses matériels tous les dix ans tel qu'il le devrait. Certains matériels médicaux pour lesquels la réglementation impose la maintenance préventive (table de réanimation néonatale, pousse seringues, pompes à perfusion), ne font plus l'objet d'une maintenance préventive mais uniquement curative.

3.2.2.4 Une filière de soins de suite et de réadaptation quasi inexistante

En 2018, le constat d'un engorgement du CHPF est flagrant. Compte-tenu d'une filière de soins de suite quasi inexistante, la majorité des patients sont pris en charge par cet établissement dont le taux d'occupation moyen est de 84,3% en 2016. D'ores et déjà, le CHPF se trouve dans l'incapacité, pour certaines disciplines, de prendre en charge l'importante file active de malades sur le territoire. Cette situation provient notamment du fait qu'il accueille non seulement des patients dans le cadre d'hospitalisation justifiant son important plateau technique mais également en soins de suite et de réadaptation.

Afin de recentrer cet établissement sur le traitement aigu des pathologies les plus lourdes, trois objectifs opérationnels ont ainsi été formalisés dans le cadre du SOS : « ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits de MCO », « développer quelques lits de rééducation fonctionnelle spécialisée (neurologie et cardiologie) sur Tahiti par reconversion », « réduire le nombre de lits MCO par reconversion ».

Alors que l'objectif visait à convertir 100 lits de MCO en SSR en 2016, seuls 50 lits l'ont été fin 2018.

La pleine atteinte des objectifs est aujourd'hui hypothéquée par le manque d'adhésion des opérateurs privés à cette dynamique. Effectivement, le premier appel à projets en vue de la création d'un pôle de santé privé unique, a été déclaré infructueux faute d'un positionnement suffisant des cliniques. Si le deuxième appel à projets ne permet pas d'obtenir un engagement volontaire des acteurs de l'agglomération de Papeete sur une reconversion partielle de leur activité de MCO, c'est toute l'évolution globale qui sera ainsi compromise. L'accroissement de l'engorgement du CHPF sera, dès lors, inévitable.

3.2.3 Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins

Ce troisième axe « *adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins* » comprend cinq orientations et 12 actions opérationnelles dont l'augmentation de l'offre de dialyse, de celle de santé mentale, le déploiement du plan cancer, la création d'un pôle privé unique et le déploiement d'une approche par parcours de santé.

A l'exception de l'adoption de la loi de Pays n°2018-14 du 16 avril 2018⁴⁰ qui permet, sur le plan du cadre normatif d'atteindre l'action n°35 « *faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD* », le reste des actions est, au mieux, en cours de réalisation.

C'est également le cas des actions suivies par l'ARASS comme par exemple « *l'expérimentation de modalités incitatives de regroupements en maisons de santé* » ou « *l'encouragement du développement de la greffe préemptive* » qui n'a donné lieu qu'à la venue d'un expert sur le territoire et une campagne de sensibilisation par voie de presse.

Enfin, il a été évoqué supra le fait que « *l'appel à projets permettant de constituer un pôle privé unique, modernisé* » a donné lieu à un premier appel d'offres infructueux faute d'adhésion des partenaires privés.

3.2.3.1 Un manque de recul sur les indicateurs épidémiologiques

Lors de son précédent rapport d'observations définitives, la Chambre des comptes avait recommandé au Pays de réactiver l'observatoire de la santé et du secteur social afin de disposer d'indicateurs épidémiologiques complets, fiables et régulièrement mis à jour sur l'état de santé de la population polynésienne, indicateurs qui permettront de définir puis d'évaluer la politique de prévention.

Si le Pays ne conteste pas qu'il est impérieux de disposer d'un observatoire social et sanitaire afin de disposer d'informations fiables, accessibles et actualisées sur l'état de la santé et les besoins de la population, l'instruction a permis de constater que cet objectif est loin d'être atteint. Effectivement, le Pays a indiqué que « *le regroupement d'informations aujourd'hui dispersées nécessitera l'acquisition d'un outil de collecte et de traitement des données, le choix d'un hébergeur de données, l'informatisation des structures de soins et leur mise en réseau. Cette démarche relève du projet de mise en place de l'espace numérique de santé en cours de conception* ». Or, ce n'est que courant 2018 que le Pays a procédé à deux recrutements, dont celui d'un statisticien.

3.2.3.2 Une concurrence qui commence à se mettre en place sur la dialyse

C'est fin 2017 que les arrêtés d'autorisation ont été signés par l'ARASS. Ceci a permis d'élargir l'offre de dialyse, jusqu'alors proposé par un opérateur unique. Cette mesure, qui figurait au SOS avec pour objectif de « *prendre en charge 100 personnes supplémentaires à un coût plus efficient* », a été atteinte.

⁴⁰ Relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins : le projet de loi de Pays du 9/11/2017 a fait l'objet d'un recours devant le CE qui a déclaré illégal l'article 6 lequel limitait le nombre de possibilité de changement de médecins traitants.

L'ARASS a été amenée à refuser certaines autorisations (19 arrêtés de refus pour 6 opérateurs) et à en accorder 13 à 3 opérateurs : le CHPF, l'APURAD et la société ISIS.

En complément des dialyses proposées jusqu'alors par l'unique opérateur (APURAD), renouvelé pour 40 postes en centre et 54 à domicile, le nouvel opérateur a été autorisé à hauteur de 33 postes de dialyse en centre et 30 à domicile.

3.2.3.3 Une offre de santé mentale toujours très en deçà des besoins

Dans le cadre de son rapport d'observation définitives concernant le CHPF pour la période 2013 à 2018, la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française dresse un constat inquiétant : la Polynésie française souffre de lacunes considérables dans la prise en charge des pathologies psychiatriques qui sont aujourd'hui occultées par le système de santé. Effectivement, selon les données communiquées par le CHPF, la file active est d'environ 400 patients pour lesquels les alternatives à l'hospitalisation, insuffisamment développées, les conduisent inéluctablement à l'hospitalisation au CHPF. Cette faiblesse du nombre de filières d'aval a conduit à engorger les services de psychiatrie du CHPF, sans parvenir à répondre au besoin en matière de santé mentale.

C'est donc à juste titre que le SOS a retenu deux actions opérationnelles : « *adopter le schéma directeur de santé mentale couvrant de manière intégrée le projet de structure unique ainsi que le développement d'activités hors les murs* » et « *construire le pôle de santé mentale et fusionner les services concernés dans une entité juridique* ».

3.2.3.3.1 Absence persistante d'une stratégie

En dépit des besoins de prise en charge des pathologies de santé mentale, le constat fin 2018 est malheureusement incontestable : la stratégie en matière de santé mentale n'est toujours pas formalisée, seul un projet ayant été produit à la Chambre. Ce dernier pose lui-même un constat inquiétant : seuls 20 % des dossiers médicaux du CHPF, interlocuteur quasi unique de la prise en charge thérapeutique des malades, sont effectivement codés. Cette carence ne permet pas de donner une image de l'évolution des pathologies et par extensions des besoins prévisibles. Tout reste donc à faire en matière de description de l'activité mais également de prévision des besoins au travers de l'observatoire de la santé dont le rôle en matière de santé mentale doit être renforcé.

Alors que le SOS retenait 2016 comme échéance, seul un projet de schéma « *plan bien être mental* » a pu être produit fin 2018. Ce dernier prévoit cinq axes, eux-mêmes déclinés en objectifs d'ordre général : « *agir en multi-sectorialité, prévention et promotion de la santé, droits fondamentaux, offre en santé et assurer l'inclusion et l'insertion* ». Dépourvu de tout chiffrage et de tout indicateur, ce projet de schéma n'est pas opérationnel car il ne répond pas suffisamment à la nécessité de renforcer les alternatives⁴¹ à l'hospitalisation ainsi que de développer une filière d'aval permettant de consolider l'état des patients au sortir des phases aiguës d'hospitalisation.

⁴¹ Structures légères, agrément de familles d'accueil thérapeutique, création d'unités d'hospitalisation de jour dans les murs des centres pénitentiaires.

La recommandation, déjà faite par la Chambre des comptes dans le rapport précité doit être réaffirmée avec force. Il est impératif que la stratégie en matière de santé mentale décline, de façon opérationnelle, l'objectif de créer et d'organiser la filière de santé mentale.

3.2.3.3.2 Le projet de pôle de santé mentale

L'absence de stratégie en matière de santé mentale n'a pas empêché l'établissement d'un programme de construction d'un pôle de santé mentale dès 2011 et la consultation des entreprises, plus de cinq ans après. Représentant une superficie de 5 510 m²⁴² et un montant global de plus de 4 milliards de F CFP, ce projet a été financé à hauteur de 3,257 milliards de F CFP par un prêt de l'agence française de développement, le reliquat du projet étant autofinancé par le Pays. Les travaux proprement dits n'ont débuté qu'en 2016.

En 2017, le chantier a été arrêté car l'entreprise de gros œuvre a engagé une procédure précontentieuse, contestant le choix technique retenu au cahier des charges pour la réalisation de fondations et réclamant une plus-value de 100 MF CFP.

Si le projet a ainsi pris un retard estimé à un an et demi, l'assistant à maîtrise d'ouvrage s'est entouré des expertises techniques nécessaires, validant les choix techniques initiaux et écartant ainsi les demandes de plus-values de l'entreprise.

Cependant, bien que le bâtiment soit aux deux tiers facilement modulable, il ne répondra qu'imparfaitement aux besoins qui ont fortement évolué depuis la formulation. Effectivement, celle-ci est déjà ancienne (2011) et le programme initial, constitué par agrégation des demandes des services, n'a pas donné lieu à une quelconque réflexion sur les mutualisations souhaitables.

Enfin, la stratégie qui sera formalisée en aval aura obligatoirement des conséquences sur la configuration des locaux.

3.2.4 Réinvestir la prévention et la promotion de la santé

Ce quatrième axe « réinvestir la prévention et la promotion de la santé » comprend trois orientations : « faire de la lutte contre le surpoids une priorité du Pays », « rationaliser l'organisation de la prévention », et « partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé ». Cet axe, transverse à la politique de santé du Pays, irrigue de nombreuses actions et a donné lieu à une série de rapports pour en guider la mise en œuvre, détaillés supra (§3.3).

Le bilan, quant à lui, en est néanmoins décevant. Ainsi, si le schéma de prévention a été élaboré en 2017 et le fonds de prévention créé et alimenté à hauteur de 100 MF CFP en 2018, « l'organisation pluridisciplinaire et transversale des services », le « renforcement des points et action de dépistage et l'intégration d'une approche coût efficacité en prévention », « l'amélioration de la connaissance de la population » sont, dans le meilleur des cas, des actions de long terme qui ont tout juste été initiées.

⁴² Surface dans œuvre ou SDO.

Il en est de même de « l'adoption d'une stratégie de communication régulière et de développement d'un marketing social », la mise en service du site internet de la direction de la santé ne pouvant, à lui seul, en dépit de la réponse de la collectivité, remplir cet ambitieux objectif.

3.2.5 Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité

Le cinquième axe « relever le défi du bien vieillir » relève d'un pilotage par la direction des solidarités. Il comprend trois orientations « créer un risque unique handicap dépendance », « privilégier le maintien à domicile » et « proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés ».

L'instruction du présent rapport a permis de constater que cet axe, non suivi par la direction de la santé ne l'était pas non plus par celle des solidarités. A l'exception de l'action relative à la « définition d'un statut minimal d'établissement recevant du public personnes âgées » sur lequel un travail transversal est réalisé entre les deux directions précitées, le degré d'appropriation du SOS par le ministère des solidarités est faible, ce dernier utilisant ses propres documents⁴³.

Cette situation illustre la complexité à assurer une approche transversale et interministérielle. Ce point fera l'objet d'une recommandation infra quant à la mise en place d'un pilotage unifié.

3.2.6 Instaurer un espace numérique de santé polynésien

3.2.6.1 Le dossier médical partagé : un objectif toujours dans les limbes

Cet axe stratégique et structurant pour un territoire dispersé confronté à la crise de la répartition médicale, comporte trois orientations et onze actions opérationnelles.

Si l'adoption d'une réglementation relative à la télémédecine a été menée à bien, les autres actions sont loin d'être réalisées, que ce soit celles relatives au dossier médical partagé ou au déploiement effectif de la télémédecine.

S'agissant du dossier médical partagé, la Chambre avait recommandé lors de son précédent contrôle, « d'aboutir dans la mise en place d'un dossier médical partagé entre les professionnels de santé afin d'éviter des actes redondants et de garantir aux praticiens l'accès à un dossier complet et à jour ». Le Pays a indiqué sur cet aspect que « le développement du numérique au service de la santé (...) sont des chantiers qui sont restés ouverts et en réflexion en 2017 et 2018 (...) ».

⁴³ Il s'agit du « Plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille » (juin 2016) ainsi que du plan pour les personnes âgées, en cours de finalisation.

Il en est de même de la mise en œuvre effective de la télémédecine. A cet égard, la Chambre avait recommandé dans le cadre de son précédent rapport de « *développer l'extension du recours à la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance), afin d'assurer une plus grande égalité d'accès aux soins, un meilleur suivi des patients souffrant de maladies chroniques et, au final, une meilleure gestion des évacuations sanitaires* ».

Si une loi de pays relative à la télémédecine a bien été adoptée le 24 août 2017 ainsi qu'un arrêté d'application le 11 janvier 2018, l'intégration dans la classification polynésienne des actes médicaux n'est toujours pas effective. Dans les faits, la télémédecine n'a été déployée que pour des besoins particuliers sur trois îles. D'un point de vue opérationnel, tout en affirmant avec force que ce chantier est stratégique et indispensable pour optimiser l'accès aux soins, le Pays a reconnu que « *les résultats ne sont pas, pour l'heure, mesurables* ».

Compte tenu du caractère transversal du dossier médical partagé et l'incapacité du Pays à dégager en interne la ressource informatique compétente, il apparaît indispensable que le Pays s'entoure des compétences spécialisées. Aussi, la Chambre ne peut que recommander de :

Recommandation n° 5 : Recourir, dès 2019, à l'expertise spécialisée permettant d'auditer et de définir le besoin, préalablement au déploiement de l'espace de santé numérique polynésien.

3.2.6.2 La trop lente informatisation du réseau de la direction de la santé et des hôpitaux périphériques

Dans le cadre du SOS, la gestion de l'information et l'adaptation de l'infrastructure informatique sont tout aussi cruciales que celle des bâtiments et du matériel médical évoqués supra.

Sur les onze dispensaires de Tahiti, seuls deux sont reliés au réseau de l'administration publique et quatre devaient l'être fin 2018.

Si des lignes « haut débit » dédiées aux hôpitaux de Taravao et Uturoa ont bien été déployées, les logiciels adéquats, notamment de transfert d'images pour Uturoa, font encore défaut, exposant les acteurs à des risques d'erreur.

De ce point de vue, le déploiement de certains équipements sur le territoire de la Polynésie au plus près des populations concernées (scanner à Uturoa, mammographe à Taiohae), qui nécessite le partage d'images et de données avec un réseau de médecins permettant de compléter, au besoin, la lecture et l'expertise, n'a pas été suffisamment anticipé par le service informatique du Pays.

De même, le déploiement de la chimiothérapie délocalisée pose de grosses difficultés de partage d'informations médicales entre le CHPF et les hôpitaux périphériques. Des droits limités d'accès au dossier patient informatisé du CHPF sont ponctuellement ouverts aux praticiens de la direction de la santé pour les malades qu'ils accueillent, sans qu'ils puissent toujours y effectuer des modifications.

Enfin, pour ce qui concerne le circuit du médicament, si l'outil informatique de gestion des stocks (logiciel Pharma) est bien déployé au sein de la pharmacie d'approvisionnement de la direction de la santé et de deux hôpitaux périphériques (Uturoa et Taravao), les hôpitaux de Moorea et Taiohae ne sont pas encore équipés. Par ailleurs, aucun logiciel de dispensation du médicament, permettant un suivi nominatif de la prescription, n'a encore été mis en place. Cette carence d'outil met, de fait, les trois pharmaciens du service situé à Papeete dans l'obligation d'endosser juridiquement les risques liés à la distribution des médicaments sur les sites dispersés à l'échelle de la Polynésie française.

Dans l'attente de la mise en œuvre effective du dossier médical partagé, la direction de la santé s'est inscrite, en octobre 2018, dans une démarche d'acquisition d'un nouveau logiciel dossier patient informatisé (DPI) commun entre le CHPF et les hôpitaux périphériques.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Si la formalisation de la stratégie dans le cadre du SOS 2016 – 2021 est positive, celle-ci est, fin 2018, à mi-parcours, insuffisamment avancée. Ce constat résulte d'un pilotage diffus, ne relevant pas d'un responsable unique désigné.

En dépit de nombreux objectifs stratégiques, la faiblesse constatée de l'évaluation en fin d'exercice conduit à un affichage inflationniste d'objectifs qui contrastent avec une mise en œuvre très imparfaite.

Cette situation illustre l'extrême difficulté pour le Pays, à porter une politique transversale et interministérielle, mobilisant les opérateurs institutionnels dans une autre logique que l'approche verticale.

Une évaluation à mi-parcours du SOS est donc aujourd'hui nécessaire, à la fois s'agissant du contenu, des moyens financiers à affecter et du pilotage par une structure unique.

Au vu des développements qui précèdent, la Chambre recommande à la collectivité de :

Recommandation n° 6 : procéder en 2019 à une évaluation à mi-parcours du SOS.

En réponse, le président a indiqué que le Pays « fait actuellement procéder au bilan à mi-parcours du SOS ». La CTC en prend acte.

4 UN FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE NON SOUTENABLE

L'objectif du développement qui suit, est de porter un avis sur la soutenabilité financière de la politique de santé du Pays.

Au-delà de la formalisation de la stratégie et de son pilotage, la soutenabilité financière est stratégique compte tenu de recettes majoritairement dépendantes de l'activité économique et des caractéristiques de ralentissement et de vieillissement démographiques de la population polynésienne, synonymes d'augmentation des dépenses à long terme.

4.1 Une évolution continue des dépenses et du déficit de la santé

Hors dépenses nouvelles liées au SOS, les dépenses de santé ont continué de progresser de façon à la fois importante et continue, en particulier les dépenses de la PSG qui représentent la part majoritaire des dépenses de santé. Le Pays en estime la croissance à 3,2% dans la lettre de cadrage pour 2019⁴⁴. Cette croissance est le résultat d'un coefficient de rigidité élevé des dépenses de santé, majoritairement composées de dépenses de personnel. En l'absence d'action structurante prévue au SOS et permettant d'avoir un effet sur l'organisation de la filière, les dépenses de santé ne peuvent, dès lors, que suivre une pente ascendante.

Tableau n° 23 : Evolution des dépenses de santé de la PSG en milliards de F CFP

2016	2017	2018	2019	2020	soit une augmentation moyenne annuelle
51,11	52,71	54,36	56,06	57,82	3,2%

Source : à partir des données CPS

Le tableau ci-dessous retrace l'évolution du déficit de l'assurance maladie (RNS, RGS et RSPF). Au global, le déficit est passé de 16,7 à 13,5 milliards de F CFP. Seul le RSPF est devenu excédentaire à compter de 2017. Il faut souligner que les déficits constatés au RNS et au RSPF ne sont pas comparables à celui figurant au RGS sur le tableau N°24. Effectivement, pour ces deux régimes, il n'y a pas de suivi entre produits et charges par branches et il n'est donc pas possible d'isoler les dépenses de santé, contrairement au RGS. La collectivité a néanmoins indiqué dans le cadre de l'instruction que le déficit était lié à la branche santé. Au-delà de cette tendance à la baisse sur le moyen terme, il faut souligner que le déficit du RNS et du RGS augmentent, à nouveau, de façon très nette depuis 2017.

Tableau n° 24 : Evolution du déficit de l'assurance maladie (RNS, RGS et RSPF), en MF CFP

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Déficit total (1) = (2) + (3) + (4)	16 718	18 181	21 301	18 195	17 748	17 822	12 860	13 499
dont déficit RNS (2) (*)	653	906	837	676	608	353	183	460
dont déficit RSPF (3) (*)	901	878	3 474	1 608	1 838	2 695	Excédent 1 280	Excédent 1 771
dont déficit RGS (4) = (5) + (6)	15 164	16 398	16 991	15 911	15 281	14 774	13 957	14 810
dont F.ADES (5)	14 069	13 269	12 469	11 669	10 869	10 069	9 269	8 469
dont nouveau déficit (6)	1 095	3 129	4 522	4 243	4 413	4 705	4 689	6 341

Source : Pays

(*) Toutes branches confondues. Pour ces deux régimes, il n'y a pas de suivi entre produits et charges par branches.

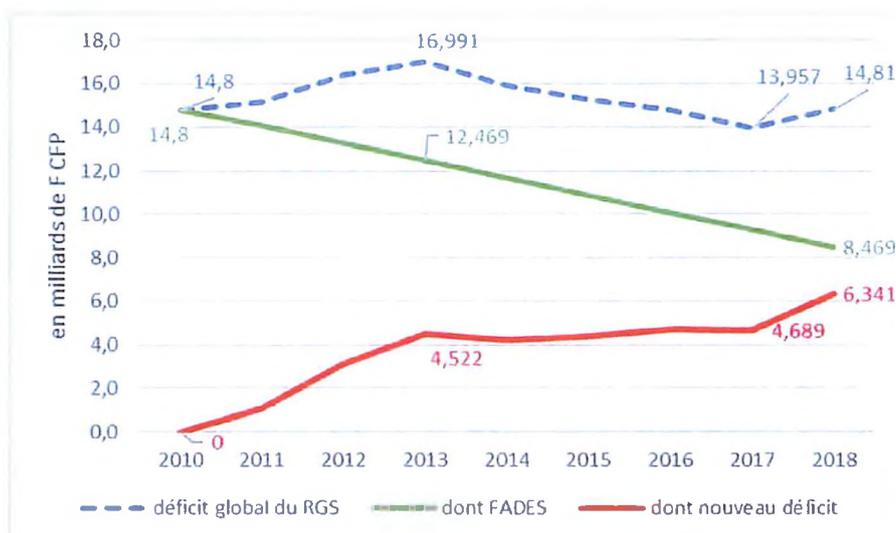
⁴⁴ Lettre de cadrage du 20 octobre 2017.

S'agissant plus spécifiquement du RGS, c'est au 31 décembre 2010 que le déficit de la branche maladie du RGS a été évalué à 14,8 milliards de F CFP. Depuis lors, ce déficit, suivi dans le cadre du FADES, a fait l'objet de remboursements annuels à hauteur de 800 MF CFP. Ainsi, la dette historique est désormais de 8,469 milliards de F CFP au 31 décembre 2018.

L'origine de ce déficit provient de l'accord dit « *Te Autaeareaa* », signé en 2006 entre le Pays et les partenaires sociaux. Ce dernier prévoyait une baisse des cotisations en matière d'assurance maladie et un financement des dépenses hospitalières par des recettes fiscales. Si la baisse des cotisations sociales a bien eu lieu, la réforme fiscale envisagée n'a pas été initiée et la branche de l'assurance maladie est devenue déficitaire à partir de 2007.

Néanmoins, dans l'intervalle, l'écart entre les dépenses et les recettes a généré, faute de réforme de fond, en parallèle, un nouveau déficit qui croît depuis le 1^{er} janvier 2011 et atteint 6,341 milliards de F CFP en 2018.

Graphique n° 4 : Evolution du déficit de l'assurance maladie du RGS, en milliards de F CFP



Source : à partir des données Pays

Fin 2018, le Pays a entamé des démarches pour unifier les branches des trois régimes, en posant comme préalable la résorption du déficit du RGS. Ainsi, a été déposé un projet de loi de Pays devant le CESC portant création d'une cotisation exceptionnelle pour le financement de la branche maladie du RGS. Ce projet vise à réduire le déficit de l'assurance maladie du RGS par une cotisation patronale exceptionnelle de +0,75 % (1,66 milliard de F CFP), compensée par une diminution des cotisations patronales du RGS, du même montant, au fonds de prestations familiales (dont le solde est excédentaire en 2018).

En réponse, le président du Pays a indiqué « le déficit du RSPF a été soldé par un collectif budgétaire en août 2017, le déficit de la branche maladie du RGS a fait l'objet de la loi du Pays n° 2019-05 du 31 janvier 2019 portant création d'une cotisation exceptionnelle purement du déficit AM du RGS ».

La chambre maintient que, même si cette mesure permettra de freiner l'évolution du déficit, elle n'apportera pas, faute de réforme structurelle, de réponse pertinente aux déséquilibres du RGS qui perdureront.

4.2 Un impact du SOS sous-évalué sur le niveau des dépenses de santé

Plusieurs axes du SOS, par ailleurs largement non chiffré, représenteront un coût de mise en œuvre impactant à court terme à la hausse les dépenses de santé. Effectivement, ce n'est que dans une logique de moyen terme que les actions liées à la prévention permettront, le cas échéant, d'obtenir un bénéfice médico-économique favorable.

Indépendamment du réel intérêt que représente le SOS à moyen terme, il apparaît que le Pays n'a pas suffisamment pris en compte les surcoûts qui vont en résulter.

4.2.1 Redéployer la santé dans les îles

Les axes 2 et 3 du SOS prévoient d'améliorer la couverture et l'accès aux soins primaires, au plus près des populations. Cette ambition nécessite une remise à niveau complète des structures de la santé, y compris des hôpitaux périphériques, aussi bien en terme de ressources humaines, de matériel, que de bâtiments. A titre d'illustration et de façon non exhaustive, les projets structurants peuvent être mis en exergue.

Le projet de budget 2019 du ministère de la santé prévoit ainsi une enveloppe de 1,2 milliard de F CFP pour la mise aux normes et la rénovation des structures de la santé.

A cela doit être ajouté la construction du nouvel hôpital de Taravao qui a été récemment chiffrée. Le préprogramme⁴⁵ estime le projet de construction à 7 milliards de F CFP. Pour sa part, le coût de fonctionnement est estimé à 4,9 milliards de F CFP, soit un surcoût estimé à 3,2 milliards de F CFP par rapport à la structure actuelle. Alors que l'établissement compte à ce jour une centaine d'agents, l'étude de la DMRA projette un effectif prévisionnel de 300 agents soit un coût supplémentaire annuel de 1,2 milliard de F CFP.

Il en est de même pour le pôle de santé mental, dont la construction est estimée à 4 milliards de F CFP en investissement et un surcoût en fonctionnement de 634 MF CFP⁴⁶ par an.

⁴⁵ DMRA. Etude sur le préprogramme de la construction du nouvel hôpital de Taravao, version 2 du 01/10/2018.

⁴⁶ Chiffrages TNAD et annexe 1 du SOS.

4.2.2 Réinvestir la prévention

Dans ce domaine également, les dépenses de santé seront amenées à croître à très court terme. Ainsi, le schéma de prévention et de promotion de la santé a été chiffré à près de 8 milliards de F CFP pour la période 2018 à 2022, soit 1,6 milliard par an. Ces montants viendront en grande partie s'ajouter aux 2,5 milliards que la direction de la santé y consacre en moyenne sur la période.

Ce n'est que fin 2018 que différents projets de loi de Pays portant modification de la fiscalité ont été soumis à l'assemblée. Ceux-ci tendent à instituer une « *fiscalité comportementale* » sur certains produits impactant la santé : sucre, alcool et tabac via une modification du régime et un élargissement du champ d'application de la « *taxe de consommation pour la prévention* » (TCP)⁴⁷. Il est prévu que les plus-values fiscales soient affectées entièrement au fonds de prévention sanitaire et social (FPSS)⁴⁸. A périmètre égal, c'est-à-dire sans modification des processus industriels et des comportements d'achat des ménages, le gouvernement estime la ressource fiscale supplémentaire à 600 MF CFP en année pleine en 2019.

En l'absence de ressource fiscale affectée, les ressources de ce fonds ont été exclusivement budgétaires en 2017 (100 MF CFP) et en 2018 (235 MF CFP).

Si les actions de prévention et de promotion de la santé doivent permettre à moyen terme une amélioration globale de la santé et un impact positif sur les dépenses de santé, il n'en demeure pas moins qu'elles représentent à court terme une augmentation des dépenses de santé. L'élargissement du financement est donc stratégique.

4.2.3 Développer les réseaux informatiques, la télémédecine et le dossier médical partagé

Le SOS n'a chiffré que le déploiement du matériel informatique indispensable pour que les structures de la direction de la santé puissent s'engager dans la télémédecine : 320 MF CFP.

Ce n'est qu'un document interne à la direction informatique du Pays qui permet de disposer d'un chiffrage, incomplet sur certains postes, de l'ampleur de cette informatisation qui représente une dépense estimée d'environ 1 milliard de F CFP⁴⁹.

La conjonction du coût de mise en œuvre du SOS et du niveau, déjà conséquent, des dépenses de santé publique amènent à une conclusion qui s'impose : la politique de santé du Pays n'est pas, à ce jour, soutenable, compte tenu du mode de financement des dépenses, émanant pour l'essentiel des cotisations pesant sur le coût du travail. Cette situation nécessite des réformes de fond, toujours en attente en 2019.

⁴⁷ Taxation proportionnelle à la teneur en sucre, sur le degré alcoolique (et non plus sur la valeur des bouteilles), et augmentation progressive de la fiscalité sur les tabacs de 5% par an à compter du 1^{er} janvier 2019.

⁴⁸ Créé par délibération n°2017-114 APF du 7 décembre 2017.

⁴⁹ Présentation du programme santé – synthèse ppt.

4.3 Des réformes structurelles toujours en attente

4.3.1 Nécessité d'un encadrement de l'évolution des dépenses de santé

Sur l'ensemble de la période contrôlée, les lettres annuelles dites de cadrage budgétaire ont été produites. Celles-ci n'ont pas eu pour effet de limiter l'augmentation des dépenses de santé de la PSG.

Depuis la construction budgétaire 2019, c'est l'ARASS qui prépare la lettre de cadrage signée in fine par le ministre de la santé et adressée à la CPS et aux présidents des CA de chaque régime.

Compte tenu de la situation décrite supra, il apparaît indispensable que l'encadrement des dépenses de santé du Pays fasse l'objet d'un vote formel de l'assemblée de Polynésie française sur une base pluriannuelle. Ce n'est qu'au prix de cet encadrement que les acteurs publics et privés seront contraints de parfaire la façon dont ils sont organisés, en intervenant de façon complémentaire dans le cadre d'une filière de santé optimisée. Cette préoccupation est partagée par le Pays qui avance sur la formalisation de la pluri-annualité budgétaire dans le cadre de la réforme du système de gestion des finances publiques initiée en 2017.

Ce projet, évoqué dans le cadre du contrôle, n'est toujours pas opérationnel en 2019 alors que le montant des dépenses à financer a crû significativement dans le cadre du SOS, tel que démontré supra.

En réponse, le président du Pays a indiqué que « *la maîtrise des dépenses de santé est un ensemble d'actions menées par les pouvoirs publics, sur l'offre, la demande et les prix en matière santé* ». Il a rappelé à cet égard les actions mises en œuvre par le Pays s'agissant de l'offre et de la demande de soins (professions de santé, hospitalisation, médecine de ville, prévention, dossier médical partagé).

4.3.2 Nécessité d'une diversification des modes de financement

Il a déjà été démontré que le financement des dépenses de santé repose, pour l'essentiel sur les cotisations patronales et salariales. Ces recettes sont, par définition, dépendantes de l'activité économique d'une part et du taux de cotisation d'autre part. Ce mode de financement pèse sur le coût du travail et peut constituer, quand il atteint des niveaux importants, un effet d'éviction contreproductif pour l'activité économique.

Si la conjoncture permet au Pays d'envisager, fin 2018, un taux de croissance des masses salariales de 2,75%, cela n'a pas toujours été le cas sous période contrôlée, le Pays s'exposant, en cas de ralentissement de l'activité économique, non seulement à une diminution de ses recettes (cotisations) mais également à une augmentation de ses dépenses (RSPF).

Longtemps différée par le Pays, la diversification du financement des dépenses de santé doit aujourd'hui impérativement être mise en œuvre. A ce titre, les recettes doivent émaner non seulement des cotisations mais également d'une fiscalité directe à redéployer afin d'absorber efficacement les chocs économiques à venir.

La soutenabilité financière de la politique de santé du Pays nécessite impérativement la diversification des ressources mobilisées. En complément des cotisations sociales, immédiatement dépendantes de l'activité économique, le Pays doit donc redéployer des recettes issues de la fiscalité directe, afin d'absorber au mieux les chocs économiques.

Au vu de ces éléments, la Chambre recommande au Pays de :

Recommandation n° 7 : formaliser pour 2020 au plus tard une procédure pluriannuelle d'encadrement par l'assemblée de Polynésie française des dépenses et des recettes de santé du Pays issues des cotisations sociales et de recettes fiscales existantes à redéployer.

En réponse, le président du Pays a indiqué que *« l'encadrement des dépenses de santé du Pays avec un vote formel de l'assemblée de Polynésie française sur une base pluriannuelle reste un objectif de mon gouvernement »*.

Concernant la fiscalisation du financement, le président du Pays a indiqué avoir *« prévu d'ouvrir ce chantier avec le ministère du budget dans le cadre des travaux sur la mise en place de la branche universelle maladie et la détermination des besoins en financement des autres risques : familles, handicap et perte d'emploi »*. Dès lors, le président a indiqué qu'à son sens, *« la réforme structurelle est bien engagée »*.

La juridiction prend acte de cette réponse ; néanmoins, compte tenu de l'acuité des enjeux, rappelés de longue date par la chambre territoriale des comptes, la réforme du système de santé publique et son financement relèvent d'une impérieuse nécessité et doivent être mis en œuvre sans plus tarder.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

Au 31 décembre 2010, le déficit historique des dépenses de santé a été arrêté à 14,8 milliards de F CFP. Depuis lors, il fait l'objet de remboursements annuels de 800 millions, amenant cette dette historique à 8,469 milliards de F CFP à la date du 31 décembre 2018.

Néanmoins, en l'absence de réforme structurelle, un nouveau déficit est apparu en 2011 et continue de se creuser : il atteint 6,341 milliards de F CFP au 31 décembre 2018.

Ainsi, en dépit du remboursement de la dette historique, le déficit global du RGS est resté au même niveau entre 2010 et 2018, faute de réforme de fond.

Sans que toutes les dépenses ne soient encore chiffrées, ce niveau de déficit sera aggravé par les dépenses à financer et résultant de la stratégie arrêtée : construction de l'hôpital de Taravao (7 milliards de F CFP), pôle de santé mentale (4 milliards de F CFP), mise en œuvre du schéma de prévention (8 milliards de F CFP) et développement des outils et infrastructures informatiques (1 milliard de F CFP).

La non soutenabilité, en l'état, du financement des dépenses de santé nécessite d'urgence l'encadrement de ces dépenses et la diversification des financements. Ces mesures doivent permettre de sécuriser le financement qui repose actuellement essentiellement sur les cotisations sociales, affectant le coût du travail. Le Pays doit donc veiller à redistribuer des recettes fiscales directes au financement des dépenses de santé.

Trop longtemps différée, ces réformes d'encadrement des dépenses de santé et de diversification de leur financement doivent désormais impérativement être menées à bien par le Pays dans le cadre de la mise en place d'une procédure pluriannuelle d'encadrement par l'assemblée de Polynésie française des dépenses et des recettes affectées à la santé, issues des cotisations sociales et de recettes fiscales existantes à redéployer.

ANNEXES

Annexe n° 1. Réponse de M. Edouard FRITCH, Président de la Polynésie française	59
Annexe n° 2. Glossaire	69

Annexe n° 1. Réponse de M. Edouard FRITCH, Président de la Polynésie française



POLYNÉSIE FRANÇAISE

Le Président

N° 005580 / PR

CHAMBRE TERRITORIALE DES COMPTES
DE POLYNÉSIE FRANÇAISE

Papeete, le 14 AOUT 2019

16 AOUT 2019
2019-182

COURRIER ARRIVÉE

à

Monsieur le Président
de la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française

Objet : Notification des observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période la plus récente

Réf. : V/lettre n° 2019-288 du 23 juillet 2019

P. J. : M/courrier n° 3142/PR du 14 mai 2019

Monsieur le Président,

Par courrier cité en référence, vous m'avez adressé le rapport des observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période la plus récente.

Après une lecture attentive de ce document, je ne peux que réitérer les réponses que j'avais portées à votre connaissance par courrier n° 3142/PR du 14 mai 2019 et que vous trouverez joint à la présente.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.





Le Président

POLYNESIE FRANÇAISE

N° 03142 /PR

Papeete, le

14 MAI 2019

à

Monsieur le Président
de la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française



Objet : Notification des observations provisoires relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période la plus récente

Réf. : V/lettre n° 2019-061 du 14 février 2019, réceptionné le 18 février 2019

Monsieur le Président,

Par courrier réceptionné le 18 février 2019, vous m'avez adressé le rapport des observations provisoires relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période la plus récente.

Ce document a retenu toute mon attention.

Le présent courrier n'a pas vocation à apporter des réponses point par point aux observations ou recommandations formulées dans ce rapport mais à porter quelques appréciations sur son contenu.

Un contexte très spécifique

Comme indiqué dans le rapport, le contexte territorial de la Polynésie française doit en effet être rappelé et pris en compte. Il génère en particulier des surcoûts structurels liés à la projection de l'offre de soins, aux évacuations sanitaires et à un profil épidémiologique particulier des maladies chroniques mais également à une précarité pécuniaire de ses habitants dont il convient de trouver les moyens de les prendre en compte.

Cela explique aussi la très grande complexité à organiser, gérer et financer l'offre de soins et cela dans tous les domaines d'intervention de la puissance publique.

De mon point de vue, dans ses conclusions, la Chambre ne prend pas suffisamment en compte une autre donnée importante dont l'incidence n'est pas neutre sur la mise en œuvre des projets du Pays. Il s'agit de la situation économique de la Polynésie.

Depuis 2013, le redressement des finances publiques et l'assainissement des comptes du Pays ont été au centre des priorités gouvernementales. Ils sont les conditions essentielles pour permettre au gouvernement de mener à bien ses actions. Les ressources dégagées au fur et à mesure des années ont permis au Gouvernement d'entamer les réformes tant attendues et relancer l'investissement.

Enfin, la répartition très variable des compétences médicales et le rôle prépondérant du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) sont facilement compréhensibles dès lors que l'on admet que la Polynésie française, plus que la métropole, est confrontée au phénomène des déserts médicaux ainsi qu'à une évolution des attentes des jeunes médecins dans les territoires ruraux et, à plus forte raison, dans les îles éloignées.

Il suffit pour le comprendre de se reporter au plan du Gouvernement français et les efforts financiers qui l'accompagnent pour lutter contre les déserts médicaux, ce qui est bien entendu hors de portée pour la Polynésie française sans une contribution significative de l'Etat au titre de la solidarité nationale.

Des dépenses publiques importantes

Les difficultés relatées ci-dessus expliquent, pour une grande partie d'entre elles, le niveau des dépenses.

De notre point de vue, le classement de la Polynésie au 4^{ème} rang mondial des pays consacrant une part de son PIB aux dépenses de santé, même nuancé, en valeur absolue, par la comparaison de la dépense courante de santé entre la Polynésie et la métropole n'est pas approprié.

En effet, les caractéristiques géographiques et démographiques du territoire n'expliquent pas, à elles seules, le niveau des dépenses. La part des dépenses de santé dans le PIB s'explique aussi par des caractéristiques qui ne sont absolument pas prises en compte dans le rapport. Il s'agit notamment de :

- la mise en place de la PSG en 1995 qui, entre fin décembre 1994 où la population couverte par les régimes maladie n'était que de 152 161 personnes sur 212 200, soit un taux de couverture de 71,7 %, est passée à fin 2017 à 97,7 % soit 269.652 personnes sur les 275 918 habitants que comptait la Polynésie française.
- l'ouverture de l'hôpital du Taaone, hôpital de dernier recours, doté d'une offre de soins comparable à celle d'un établissement de grande capacité pour une population de 280 000 habitants avec une prise en charge des activités de type CHU, telle que la greffe rénale et l'oncologie, et avec une activité en forte augmentation, quel que soit le domaine.
- la croissance démographique, le vieillissement de la population et une espérance de vie en augmentation tels que constatés dans la gestion des régimes de retraite.

Par ailleurs, l'évolution des dépenses d'un pays au titre des soins de santé, ou son niveau, par rapport aux dépenses consacrées à l'ensemble des biens et services dans l'économie peut dépendre aussi bien de la croissance des dépenses de santé que des performances de l'ensemble de l'économie, ce qui est occulté dans le rapport.

Pour la Polynésie, si l'on s'intéresse à son évolution dans le temps, le ratio moyen des dépenses de santé rapportées au PIB a fortement augmenté à partir de 2009, du fait de la dégradation rapide de la situation économique en général. Ainsi, ce ratio qui était de 12,4 % en 2008 a progressé rapidement à partir de 2009 pour atteindre 13,8 % en 2010 et 14,4 % en 2015 (13,8 % après prise en compte du PIB définitif.) Cette dégradation du ratio intervient alors que les dépenses de santé n'ont progressé que de 0,6 % (corrige de l'inflation) par an en moyenne entre 2010 et 2015.

Cette évolution depuis 2010 des dépenses de santé semble maîtrisée au regard de celle mesurée en Allemagne, en France et dans la plupart des pays européens (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche40.pdf>).

Concernant les dépenses de fonctionnement de la direction de la santé, le rapport indique qu'elles apparaissent en augmentation et présentent une part importante de dépenses de personnel. Cette situation ne nous apparaît pas anormale dans une période de reconstruction de l'offre de soins, donc de recrutement après dix années de crise financière, et pour un personnel dont le niveau de qualification requiert des niveaux de rémunération très éloignés du salaire d'un ouvrier. Pour rappel durant cette période, 200 postes ont été supprimés à la Direction de la santé.

Quant aux dépenses d'investissement, pour lesquelles il est indiqué que le niveau est nettement en deçà des objectifs et illustrent les difficultés du Pays à adapter l'infrastructure patrimoniale et informatique ainsi que les équipements médicaux, je ferai remarquer que nous devons en premier lieu inventorier nos besoins, les évaluer et les inscrire en dépenses au fur et à mesure que les ressources financières dégagées permettront de relancer l'investissement.

Pour autant, les investissements portant sur la convention oncologie avec l'Etat (chimio délocalisée, registre du cancer, équipement du service d'oncologie du CHPF, mammographe à l'hôpital de Taiohae) ont tous été réalisés.

Le Pôle de santé mentale qui mobilise à lui seul la plus grande part des investissements, a vu ses travaux suspendus du fait de procédures contentieuses de l'entreprise attributaire du marché, non résolues à ce jour.

Le schéma d'organisation sanitaire : un bilan mitigé

En matière de santé, notre projet est ambitieux. Un chantier est mis en œuvre pour la première fois depuis très longtemps dans un contexte de reconstruction de l'offre de soins qui a eu à souffrir, à la fois, de la crise politique et de la crise financière qui ont frappé le Pays à partir de 2008 et cela n'est nullement pris en considération dans les observations de la Chambre.

Je ferai remarquer également que tout projet de cette importance ne se décrète pas. De nombreux facteurs interviennent dans sa mise en œuvre et influencent son efficacité, notamment en ce qui concerne le partage des enjeux et objectifs, l'appropriation par une population diverse et épars mais aussi les ressources disponibles aussi bien humaines que financières.

A la lecture du rapport provisoire, il ne nous apparaît donc pas anormal de lire que la *stratégie est encore incomplètement mise en œuvre*. La comparaison mériterait tout de même d'être appréhendée avec la période précédemment observée afin de mieux marquer les avancées en cours de mise en œuvre.

Le calendrier de mise en œuvre du SOS mérite aussi d'être rappelé :

- Adoption du SOS par l'Assemblée de Polynésie française le 16 février 2016.
- Désistement du cabinet CALIA fin 2016.
- Démarrage des chantiers du SOS en janvier 2017 sous le deuxième gouvernement du Président Fritch.

De ce fait, nous ne partageons pas entièrement la sévérité de certaines critiques qui émanent de ce rapport, critiques qui pour un certain nombre d'entre elles dénotent une forme d'impatience, comme si « toute l'impatience du monde trouvait dans le vent sa résolution ». (Maryline Desbiolles)

Néanmoins nous nous efforcerons de mener au mieux cette entreprise pour laquelle il pourrait être rappelé au passage que la participation financière de l'Etat serait légitime en Polynésie française au nom d'un certain nombre de principes fondamentaux, certains ayant valeur constitutionnelle. Au nombre de ceux-ci figurent la protection de la santé ainsi que la solidarité avec les plus faibles, parmi lesquels les personnes handicapées. (Préambule de la Constitution).

Concernant le *pilotage* du SOS qualifié de diffus car ne relevant pas d'un responsable unique désigné, il est ici rappelé que l'élaboration du SOS et l'accompagnement dans sa mise en œuvre avait fait l'objet d'un marché passé avec la SARL CALIA CONSEIL en partenariat avec l'Agence Française de Développement. A la suite de dissensions internes et le départ de la société des collaborateurs ayant réalisés la mission, la poursuite de la prestation par CALIA a été interrompue. De ce fait, la mise en œuvre du SOS a été très retardée et le ministère de la santé a dû compter sur ses propres ressources pour démarrer au mieux les différents chantiers.

Enfin, il est reproché au Pays une absence d'engagements financiers précis figurant dans les documents stratégiques. Sur ce point, il revient à chaque porteur de projet d'évaluer ces enjeux financiers de manière plus précise en fonction des orientations retenues dans les documents de programmation.

Le SOS n'est pas un document de programmation mais constitue les orientations stratégiques en matière d'organisation de l'offre de soins.

Cependant, chaque axe, chaque orientation et action du SOS ont fait l'objet, lorsque cela s'est avéré possible, d'une estimation des enjeux financiers associés.

La programmation des financements s'établit bien dans le cadre du processus budgétaire annuel.

Enfin, comme il a été dit lors de l'audit, le ministère de la santé fait actuellement procéder au bilan à mi-parcours du S.O.S.

Un financement des dépenses de santé non soutenable

Concernant le financement de la PSG, il n'a pas échappé à la Polynésie que les projections réalisées font apparaître une augmentation naturelle des dépenses et notamment celles se rapportant à la santé. Cette évolution impose une politique volontariste de maîtrise des dépenses, alors même que plusieurs secteurs de la PSG sont aujourd'hui unanimement reconnus comme sous-financés : la prévention, la santé mentale et la perte d'autonomie, cette dernière constituant l'un des enjeux les plus sensibles des années à venir, compte tenu des évolutions démographiques attendues en Polynésie française.

C'est pourquoi, consciente des enjeux, la Polynésie française, depuis 2010, a d'abord engagé un ensemble de réformes portant à la fois sur les dépenses et sur les recettes.

Les résultats obtenus sont significatifs mais l'effort doit être poursuivi au travers de l'organisation de l'offre de soins lancée dans le cadre du SOS et la détermination de nouvelles sources de financement. Cela étant précisé, nous avons entamé la résorption des déficits des trois régimes maladie en vue de la création de la branche universelle maladie. Ainsi, le déficit du RSPF a été soldé par un collectif budgétaire en août 2017, le déficit de la branche maladie du RGS a fait l'objet de la loi du Pays n° 2019-05 du 31 janvier 2019 portant création d'une cotisation exceptionnelle apurement du déficit AM du RGS et le déficit du RNS le moins important, trouvera sa prise en charge par des augmentations du taux et de l'assiette de cotisation.

Des réformes structurelles toujours en attente

La réforme structurelle de la santé est souvent avancée comme étant la solution miracle pour limiter les dépenses de santé sans que personne ne se soit encore hasardé à préciser ce que l'on entend par réforme structurelle.

Pour ce qui nous concerne, la maîtrise des dépenses de santé est un ensemble d'actions menées par les pouvoirs publics, sur l'offre, la demande et les prix en matière de santé.

C'est bien dans cette voie que mon gouvernement s'est engagé. J'en fais, ci-après, une énumération des principaux chantiers ou actions entreprises et dont la liste ci-après n'est pas exhaustive.

Dans le domaine de la maîtrise des dépenses de santé dans l'offre avec :

Des mesures concernant les professions de santé.

- Par la maîtrise de la démographie médicale par le numerus clausus
 - La délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française
 - La carte sanitaire des installations, des équipements matériels lourds et des activités, des besoins en structures alternatives à l'hospitalisation ont été fixés pour les soins de suite et rééducation et réadaptation fonctionnelle par arrêté n° 337 PR du 27 avril 2017. Un préalable à l'ouverture d'une période de dépôt des demandes d'autorisation les concernant.
 - La Loi du Pays modifiant les conditions de création des officines de pharmacie et certaines dispositions relatives à l'exercice de la pharmacie votée par l'APF a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat qui l'a invalidé au motif qu'elle n'a pas été examinée par le CESE.
 - Les professionnels de santé dont l'exercice de leur profession est encadré par une série de textes (autorisations, plafonds d'efficience, budgets des régimes...

Concernant plus particulièrement ce dernier sujet, nous avons chargé l'ARASS de faire des propositions pour une réforme du système de régulation des conventionnements des professionnels de santé libéraux et notamment des infirmiers libéraux au regard des données démographiques et d'une sectorisation à redéfinir. Ce travail donnera lieu à la préparation d'un Projet de Loi de Pays relative à la maîtrise du conventionnement des professionnels de santé libéraux avec une date d'application envisagée pour début 2020.

Des mesures concernant l'hospitalisation.

- Par la maîtrise de la Dépense Courante de Santé (DCS) : Carte sanitaire : découpage du territoire en secteurs permettant de déterminer les besoins en lits et en équipements lourds en fonction des besoins de la population.
 - La carte sanitaire des installations, des équipements matériels lourds et des activités, des besoins en structures alternatives à l'hospitalisation ont été fixés pour les soins de suite et rééducation et réadaptation fonctionnelle par arrêté n° 337 PR du 27 avril 2017. Les demandes d'autorisation pour une offre de soins alternative à l'hospitalisation ont été examinées et autorisées par la Commission de l'Organisation Sanitaire du 12 décembre 2017.
 - Par la maîtrise du budget global des hôpitaux et des cliniques privées en initiant les travaux sur la détermination des dotations globales de financement de ces établissements en référence à une CCAM mise à jour régulièrement (actuellement le cas), une expertise menée sur l'activité des établissements décrite dans les PMSI de chaque établissement considérés comme exhaustifs et de qualité, une valorisation en référence avec les coûts de l'échelle nationale des coûts à défaut, pour l'instant, de la possibilité de les déterminer à partir de la comptabilité analytique de ces établissements.

La démarche initiée n'est d'ailleurs pas remise en cause par les bénéficiaires des DGF. Le seul point restant à traiter et qui le sera au cours de la présente année est celui du coefficient multiplicateur, improprement appelé coefficient géographique, qui doit disposer d'une finesse et d'une robustesse suffisante mais surtout acceptée par tous.

Le modèle de financement par la tarification à l'activité (T2A) ne nous semble pas adapté pour la Polynésie si l'on considère qu'en métropole, le principe de la tarification à l'activité est un financement mixte qui associe une dotation pour les missions de service public et une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation d'hospitalisation, fondée selon les données du Programme de Médicalisation du Système d'Information des Hôpitaux (PMSI) mais aussi complété par d'autres apports qui ne pourraient trouver leur équivalence en Polynésie française.

Le Pays devra mener une étude sur la pertinence et sur la faisabilité. Ce chantier sera lancé après les travaux sur la DGF ci-dessus.

Des mesures concernant la santé de ville.

- Par la maîtrise du parcours coordonné des soins : Choix du médecin traitant - Accès contrôlé aux soins secondaires et complémentaires.
 - Instauration de la loi du Pays n° 2018-14 du 16 avril 2018 relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et aux paniers de soins. La loi du pays tend à améliorer la qualité de la prise en charge des patients, en favorisant la coordination entre les différents professionnels de santé. Elle pose l'obligation de désignation d'un médecin traitant par tout assuré pour maintenir une couverture sociale optimale, instaure le parcours de soins coordonnés et crée la notion de « paniers de soins » correspondant aux actes, prescriptions et prestations qui, pour un état de santé déterminé, permet une prise en charge par la CPS sans majoration du ticket modérateur. Concernant les paniers de soins, l'avis des régimes a été requis sur un projet d'arrêté relatif aux paniers de soins du rhumatisme articulaire aigu, de l'insuffisance coronarienne chronique stable et de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte.
- Maîtrise des médicaments : Promotion des génériques - Droit de substitution par les pharmaciens, des médicaments prescrits contre des génériques sauf si mention « non substituable »

En avril 2011 un projet de loi relatif à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables a été déposé. Cette « loi du pays » visait à diminuer les dépenses de 900 MF / an (7,5 millions d'Euros) en instaurant notamment :

- L'obligation de substitution du princeps par son générique ;
- Le remboursement du princeps sur la base du générique lorsqu'il existe
- La mise en place de la LPPR et d'un tarif de responsabilité pour l'appareillage ;
- L'application d'un ticket modérateur sur les dispositifs médicaux

Ayant fait l'objet d'un recours par le Syndicat des Médecins Libéraux de Polynésie française, elle est rentrée partiellement en vigueur en janvier 2013, (LP2013-1 APF du 14 janvier 2013) pour la partie « générique » et le 15 mars 2014 pour ce qui concerne les dispositifs médicaux, s'expliquant par un décalage dans l'application des actes réglementaires.

Des mesures concernant la maîtrise des dépenses de santé dans la demande

Si les mesures concernant l'instauration d'un forfait hospitalier comme l'augmentation du ticket modérateur n'ont pas encore été actées, c'est faute de disposer sur le territoire d'amortisseur social du type mutuelle. Le recours à une complémentaire santé pour financer ces coûts, ou du moins les alléger, est encore peu répandu en Polynésie. Cependant, dès le début de ma mandature, une loi du Pays prise en 2016 permettra le développement de la mutuelle santé. En effet, cette LP exclut de l'assiette des cotisations sociales les contributions mises à la charge des employeurs, destinées au financement des prestations de retraite et de prévoyance dont la maladie, complémentaires de celles du régime des salariés polynésiens.

Des mesures concernant la prévention

Le schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022 a été adopté. Il comprend trois orientations : « faire de la lutte contre le surpoids une priorité du Pays », « rationaliser l'organisation de la prévention », et « partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé ».

Un compte d'affectation spéciale dénommé « Fonds de prévention sanitaire et sociale » a été créé.

En 2018, 7 actions portant sur la lutte contre le surpoids et l'obésité ont été financées, 7 autres ont portées sur la lutte contre les addictions, le cancer, la vaccination, la dengue, la contraception et l'allaitement maternel.

Une loi du pays a inscrit les premiers pas d'une démarche de « fiscalité comportementale » par l'instauration d'une taxe sur les produits sucrés dont les titres de recette viendront alimenter ce fonds de prévention.

Par ailleurs, conformément à la volonté de développer la prévention et la lutte contre certaines maladies de manière coordonnée, ont été rédigés les documents suivants :

- « Schéma directeur et programme d'actions polynésien pour le développement des activités physiques adaptées 2019-2023 »
- « Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2018-2022 »
- « Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées en Polynésie française 2019-2023 »
- « Programme de lutte contre le RAA en Polynésie française 2019-2023 »
- « Programme d'action de lutte contre les addictions en Polynésie française 2019-2023 »
- « Plan cancer pour la Polynésie française 2018-2022 »

Un plan de santé mentale est également en cours de validation.

La mise en place du dossier médical partagé (DMP).

Ce projet s'inscrit dans une démarche globale avec la collaboration du service de l'informatique du territoire. Cette démarche intègre :

- la création du dossier patient informatisé ;
- la question de l'hébergement des données de santé ;
- l'équipement des structures de soins en matériels et logiciels informatiques ;
- la fiabilisation des liaisons avec la mise en œuvre d'outils de communication sécurisés ;
- l'interopérabilité des solutions des médecins libéraux avec l'hébergeur des données...

La solution proposée s'avère trop complexe techniquement à mettre en œuvre et ne permet pas un déploiement opérationnel rapide.

Aussi, il a été pris la décision de construire le système par briques successives et pour ce qui concerne la direction de la santé, de s'associer à la démarche du CHPF.

L'encadrement des dépenses de santé du Pays

L'encadrement des dépenses de santé du Pays avec un vote formel de l'assemblée de Polynésie française sur une base pluriannuelle reste un objectif de mon gouvernement.

Le poids de la PSG dans le PIB plaide pour la fixation par l'Assemblée de la Polynésie française d'un objectif annuel de dépenses, dans le cadre d'une loi de financement dédiée à la protection sociale. Cette loi préciserait les axes prioritaires de la santé, sur la base d'une stratégie et du bilan des réalisations passées par filière.

La création d'une Agence de l'action sociale et sanitaire est réalisée. Cette agence est concentrée sur les enjeux de tutelle : définition d'orientations stratégiques, mise en œuvre et régulation de la politique de santé, autorisation, contrôle, inspection, financement.

En matière budgétaire il lui a été confié la mission :

- d'élaborer annuellement les comptes de la protection sociale à partir des données produites par l'ensemble des organismes de gestion et des administrations du Pays ;
- de proposer l'objectif territorial des dépenses « d'assurance maladie (OTDAM) » ou « de santé (OTDS) ;
- proposer au gouvernement un budget de la protection sociale (dans le périmètre à définir : santé +/- handicap +/- famille +/- aide sociale) ;
- d'allouer les budgets aux différentes structures sanitaires et médico-sociales au terme de la procédure budgétaire.

Néanmoins, chaque année, le Ministre de tutelle de la CPS encadre l'évolution des dépenses par la transmission aux régimes d'une lettre de cadrage budgétaire. C'est à nouveau le cas pour l'exercice budgétaire 2019

Lutter contre la fraude

La CPS devrait considérer la lutte contre la fraude comme un « centre de profits » et s'inspirer des méthodes mises en place par la sécurité sociale pour lutter contre la fraude. Une mission d'assistance pourrait être passée avec la sécurité sociale. Le Ministre de la santé en charge de la protection sociale généralisée donnera des directives dans ce sens à la CPS.

Fiscalisation du financement

Le Pays est bien conscient que le financement des dépenses de santé et du reste des risques couverts par la PSG repose, pour l'essentiel sur les cotisations patronales et salariales. Mais les recettes qu'elles proviennent des cotisations ou de la fiscalité sont, l'une comme l'autre, dépendantes de l'activité économique.

Mon gouvernement a prévu d'ouvrir ce chantier avec le ministère du budget dans le cadre des travaux sur la mise en place de la branche universelle maladie et la détermination des besoins en financement des autres risques : famille, handicap, perte d'autonomie etc...

En conclusion

Le Pays affirme, contrairement à ce qui est avancé, que la réforme structurelle est bien engagée, qu'elle nécessite une mise en œuvre échelonnée dans le temps en fonction de l'importance des chantiers lancés et des capacités de financement du Pays.

Cependant, il serait utopique de penser que les dépenses de santé pourraient diminuer dans le temps. La Polynésie vise une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé dont la croissance s'explique par l'amélioration du niveau de vie, l'introduction de nouvelles technologies médicales, ainsi que par la structure d'âge de la population, - augmentation du niveau de vie ; - vieillissement de la population ; les évolutions de l'état de santé de la population ; - progrès technique ; - évolution des prix de la santé ; l'élargissement de l'accès aux soins, l'évolution des prix de la santé et de la meilleure couverture par les régimes de protection sociale. Par ailleurs, Il existe bien un lien fort entre niveau de vie de la population et poids des dépenses de santé dans le PIB comme cela est constaté dans tous les Pays.

Nous trouvons dommage que le rapport des observations provisoires relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de santé) pour les exercices 2014 jusqu'à la période plus récente se borne à porter un jugement uniquement critique sans en distinguer les mérites et sans mettre en avant tout le travail ainsi effectué depuis 2017.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Vica-Président

Copies :

PR 1
SGG 1
REG 1
MSP 1

Le seul :

DMRA

Edouard FRITCH
Ieva ROHFRITSCH

Annexe n° 2. Glossaire

<i>Sigle</i>	<i>signification</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
CHPF	Centre hospitalier de la Polynésie française
PSG	Protection sociale généralisée
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
SSR	Soin de suite et de réadaptation
HAD	Hospitalisation à domicile
SLD	Soins de longue durée
APF	Assemblée de Polynésie française
DMS	Durée moyenne de séjour
CPS	Caisse de prévoyance sociale
RGS	Régime général des salariés
RNS	Régime des non-salariés (RNS)
RSPF	Régime de Solidarité de la Polynésie française
ARASS	Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
ANT	Agents non titulaires
CDP	Contrat de projet
DBF	Direction du budget et des finances (Pays)
RIF	Rapport d'information financière
FELP	Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté
FADES	Fonds pour l'amortissement du déficit social
CA	Compte administratif
CST	Contribution de solidarité territoriale

<i>Sigle</i>	signification
ISPF	Institut de la statistique de Polynésie française
SOS	Schéma d'organisation sanitaire
DMRA	Direction de la modernisation et des réformes de l'administration (Pays)
EHPAD	Etablissement d'hébergement personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent-temps-plein
PH	Praticiens hospitaliers
Evasan	Evacuation sanitaire
ORL	Oto-rhino-laryngologie
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
AFD	Agence française de développement
AMO	Assistant à maîtrise d'ouvrage
DPI	Dossier patient informatisé
CESEC	Conseil économique social et culturel (Pays)
TCP	Taxe de consommation pour la prévention
FPSS	Fonds de prévention sanitaire et social
ESSP	Etablissement de soins de santé primaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut



Les publications de la chambre territoriale des comptes
de la Polynésie française
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/ctc-polynesie-francaise>

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française

BP 331 - 98713 PAPEETE TAHITI

Téléphone : 40 50 97 10

Télécopie : 40 50 97 19

polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr