

**Chambre territoriale des comptes
de la Polynésie française**

Papeete, le 13 janvier 2011

—————
Le Président
—————

Remise par porteur avec A.R.

N° 2011-0005

Réf : ma lettre n° 2010-0751 du 30 novembre 2011.

P.J. : 1

Monsieur le Président,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre territoriale des comptes concernant la gestion de la collectivité d'outre-mer de la Polynésie française au titre de la mission santé pour les exercices 2003 à 2009. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

En l'absence de réponse écrite dans le délai d'un mois fixé par l'article L. 272-48 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, à l'assemblée de la Polynésie française. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Ce rapport devenant communicable, à toute personne qui en ferait la demande, dès la première réunion de l'assemblée délibérante postérieure à la notification du présent courrier, je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer à quelle date ladite réunion aura eu lieu.



Je vous précise enfin qu'une copie du rapport d'observations est communiquée au haut-commissaire de la République et au trésorier-payeur général en application de l'article R. 272-65 du code des juridictions financières.

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

Le président

Jacques BASSET

**Conseiller référendaire
à la Cour des comptes**

**Monsieur Gaston TONG SANG
Président de la Polynésie française
BP 2551
98713 PAPEETE**

**CHAMBRE TERRITORIALE DES COMPTES
DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

**RAPPORT D'OBSERVATIONS
DEFINITIVES**

COLLECTIVITE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Mission Santé

Exercices 2003 à 2009

RAPPEL DE LA PROCEDURE

La chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (mission santé) pour les exercices 2003 à 2009.

Le président de la Polynésie française, M. Gaston TONG SANG a été informé de l'ouverture du contrôle par un courrier en date du 24 novembre 2008. Les précédents ordonnateurs en ont été avisés par une lettre du 10 février 2010.

L'entretien préalable prévu par l'article L.272-45 du code des juridictions financières a eu lieu le 23 février 2010 avec M. Gaston TONG SANG. Les anciens ordonnateurs n'ont pas donné suite à la demande d'entretien qui leur avait été adressée le 23 février 2010.

Lors de ses séances des 17 mars et 19 mai 2010, la chambre avait formulé des observations provisoires qui ont été envoyées au président de la Polynésie française le 25 août 2010. Des extraits ont été adressés aux anciens ordonnateurs et à des tiers mis en cause, pour les observations les concernant. Seule la réponse d'un tiers mis en cause est parvenue à la Chambre dans le délai imparti de deux mois.

Après avoir examiné cette réponse écrite, la chambre, lors de sa séance du 25 novembre 2010, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

Le secteur de la santé relève de longue date de la compétence de la Polynésie française. La complexité de la coordination de ses activités multiples et la nécessité d'évaluation des résultats obtenus, pour autant qu'on puisse les mesurer, rendaient opportun l'examen de la gestion de la collectivité d'outre-mer dans ce secteur qui avait déjà fait l'objet en 2004 d'observations de la chambre territoriale des comptes pour la période antérieure.

L'importance des dépenses consacrées à ces activités, le rythme élevé de leur croissance ainsi que les difficultés rencontrées pour assurer leur financement, à l'heure de l'ouverture du nouvel hôpital du TAAONE, accentuaient encore la nécessité de procéder à de telles investigations.

1 Le système de la Polynésie française est adapté aux spécificités importantes que présentent la géographie physique et le peuplement du territoire polynésien

L'organisation sanitaire de la Polynésie française repose sur une prise en charge globale de la population, intégrant la prévention et les soins curatifs.

Pour faire face à un peuplement dispersé, les organisations mises en place permettent un accès aux soins équitable.

Les données démographiques les plus récentes montrent toutefois une population en transition, comportant une forte représentation des jeunes, tout en annonçant un vieillissement déjà amorcé. Il en résulte une situation complexe qui nécessitera de mieux anticiper les besoins à venir de la population.

2 Les résultats sont dans l'ensemble positifs, mais pour les atteindre, un niveau élevé de dépenses est mobilisé

Les indicateurs de santé sont favorables et marquent l'accomplissement de progrès, dont l'allongement de l'espérance de vie est le plus évident.

Cette appréciation est cependant pondérée par le fait que le niveau des dépenses consacrées à la santé est élevé et en progression rapide, alors même que les services offerts ne sont pas exhaustifs en raison de la faible représentation de certaines disciplines ou activités.

De plus, divers évènements, pour la plupart certains, tels que l'ouverture du nouvel hôpital ou le vieillissement de la population, vont inéluctablement renchérir le coût des dépenses de santé.

3 Le pilotage stratégique du secteur n'est plus vraiment assuré par le ministère de la santé et son organisation ne permet pas de favoriser les évolutions souhaitables

Le plan pour la santé (2001-2005), qui cernait clairement les besoins de santé publique et définissait les politiques que la collectivité d'outre-mer entendait mener, a été abandonné en 2005, sans qu'aucune suite n'ait été envisagée.

Le schéma d'organisation sanitaire, qui ne couvre pour l'essentiel que le champ de l'hospitalisation, est peu valorisé. Le régime des autorisations qui en découle est insuffisamment exploité, et le dispositif est inachevé.

Le ministère de la santé se prive ainsi des possibilités de régulation et de contrôle de cette partie de l'offre de soins que permettrait l'organisation mise en place.

L'administration de la santé connaît des difficultés dans son management qui limitent sa capacité opérationnelle, en particulier en matière de traitement de l'information.

L'ensemble des règles de financement des structures qui sont sous sa tutelle, ou sa gestion directe, sont à refonder.

4 Le ministère de la santé doit être en mesure de prendre les initiatives qui lui permettront de trancher plusieurs questions majeures, en attente de décision depuis plusieurs mois. Un réexamen de ses compétences doit lui assurer une maîtrise plus grande des mécanismes de décision et de financement de la santé

La prévention qui constituait un point fort du système de santé est aujourd'hui remise en cause dans la détermination de ses axes politiques, de ses mécanismes de financement, et de son évaluation.

La planification de la formation des personnels soignants et l'anticipation des recrutements à effectuer n'ont pas donné lieu à des arbitrages connus, alors que les enjeux en sont parfaitement identifiés.

L'organisation des structures de soins dépendant du ministère de la santé nécessite une profonde révision, afin d'améliorer leur statut, et surtout leur efficacité. Ces problématiques intéressent prioritairement les hôpitaux périphériques et la pharmacie centrale d'approvisionnement.

Sur un plan général, le ministère de la santé doit être doté d'outils lui permettant de réguler les activités du secteur et leur financement.

SOMMAIRE

1. LE SYSTEME DE SANTE POLYNESIEN	7
1.1. Titulaire exclusive de cette compétence, la Polynésie française organise et gère un système de santé qui doit prendre en compte des spécificités importantes	7
1.1.1. La compétence « Santé »	7
1.1.2. Le contexte géographique et démographique	10
1.2. L'organisation des soins et de la prévention est dans l'ensemble adaptée au contexte de la Polynésie Française	11
1.2.1. L'organisation du secteur public est stabilisée par la réglementation.....	11
1.2.2. Une organisation graduée des structures de soins.....	12
1.2.2.1. Les formations sanitaires.	13
1.2.2.2. Le réseau inter-îles.....	14
1.2.2.3. Les évacuations sanitaires inter-îles	14
1.2.3. Une organisation intégrée	16
1.2.3.1. L'accès aux soins.....	17
1.2.3.2. La prévention.....	17
2. LES RESULTATS, TELS QUE L'ON PEUT LES APPREHENDER, SONT POSITIFS, MAIS LE SECTEUR DE LA SANTE EST DE PLUS EN PLUS COUTEUX	19
2.1. Les résultats sont dans l'ensemble positifs malgré une offre partielle	19
2.1.1. Les indicateurs conventionnels sont favorables.....	19
2.1.1.1. Indicateurs généraux.....	20
2.1.1.2. Indicateurs de moyens	21
2.1.2. Le service offert est néanmoins partiel	23
2.1.2.1. Les activités de recherche dans le domaine de la santé sont limitées.....	23
2.1.2.2. Certaines disciplines ou activités médicales sont peu ou pas représentées.....	25
2.2. Le système de santé de la Polynésie française est onéreux compte tenu du service rendu	26
2.2.1 Les comptes de la santé confirment le niveau élevé des dépenses.....	27
2.2.2. L'analyse des données disponibles permet de mesurer la forte évolution de la dépense de santé	29
2.2.3. Une nouvelle hausse des dépenses semble inéluctable dans un avenir proche.....	30
2.2.4. Les aides en faveur du financement des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé tendent à se réduire	33
3. LA MAITRISE DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SES COUTS N'EST PAS ASSUREE.....	35
3.1. Faute d'avoir défini pour l'avenir une politique et des objectifs de santé, les autorités de la Polynésie française ne parviendront pas à mesurer les résultats de leur action.....	35
3.1.1. Le Plan pour la santé, un document stratégique abandonné	35
3.1.1.1 Les priorités retenues par le plan	35
3.1.1.2. Un plan qui a été peu suivi d'effets et qui n'a pas été pérennisé.....	36
3.2. Les processus de planification et d'autorisation ne garantissent pas une régulation de l'offre	37
3.2.1 Le schéma d'organisation sanitaire.....	37
3.2.2. La méthodologie retenue.....	39
3.2.3. Le contenu du schéma d'organisation sanitaire	39
3.2.4. La mise en pratique du schéma d'organisation sanitaire.....	40
3.2.5. Le ministère de la santé ne valorise pas le dispositif d'autorisation des activités de soins.....	41
3.2.5.1. Le régime des autorisations	41
3.2.5.2. Un dispositif insuffisant dans sa conception comme dans sa mise en œuvre	42

3.2.5.3. Bilan de la mise en pratique du dispositif.....	44
3.2.6. Certaines activités, régies par des dispositions spécifiques, ne sont pas bien appréhendées par les services chargés de leur instruction	46
3.3. Une administration fragile, assurant des missions opérationnelles qui ne devraient pas relever d'elle, et ne possédant pas de compétence générale sur le financement de la santé	46
3.3.1. L'administration de la santé est affectée par la grande instabilité des titulaires de la fonction ministérielle.....	46
3.3.2. Le cadre réglementaire définit pour la direction de la santé des missions nombreuses et parfois contradictoires entre elles.....	47
3.3.3. La gestion des ressources humaines doit être améliorée.....	49
3.3.4. Les dépenses propres au ministère de la santé sont stables, mais difficiles à cerner	52
3.3.4.1. La connaissance des dépenses par structure sanitaire est difficile à appréhender	52
3.3.4.2. La consommation des crédits à la direction de la santé.....	52
3.3.5. Le système d'information est inachevé.....	54
3.3.5.1. Les dépenses faites au titre du RSIP.....	55
3.3.5.2. Une gestion de projet contrariée	56
3.3.5.4. Les propositions d'évolution	58
3.4. Les logiques de financement des structures dépendant de la direction de la santé sont à refonder	59
3.4.1. Les recettes tirées des prestations réalisées par les formations sanitaires	59
3.4.2. Les procédures de facturation doivent être améliorées.	62
3.4.3. Les bases de tarification sont peu réalistes	66
3.5. Les principes comme les modalités de financement des activités du CHPF ne sont pas maîtrisées.....	68
4. LE MINISTERE CHARGE DE CE SECTEUR DOIT ETRE REHABILITE DANS SON ROLE DE REGULATEUR DU SYSTEME DE SANTE ET DE SON FINANCEMENT	72
4.1. Les risques sanitaires identifiés rendent incontournable une réactivation des politiques de prévention	72
4.1.1. Les dépenses consacrées à la prévention connaissent une évolution erratique qui témoigne de la nécessité de redéfinir les priorités et les opérateurs de la prévention	72
4.1.1.1. Données sur l'évolution générale des dépenses de prévention du ministère de la santé	73
4.1.1.2. La majorité des actions de prévention ont été financées par l'EPAP jusqu'en 2007.....	74
4.1.1.3 La prévention de certains cancers a bénéficié depuis 2003 d'une organisation particulière	75
4.1.2. L'évaluation des programmes de prévention est souvent inexistante	77
4.1.2.1. Le programme de dépistage des cancers gynécologiques comporte son propre dispositif d'évaluation.	77
4.1.2.2. Les campagnes de prévention de la direction de la santé financées par l'EPAP ne bénéficient pas d'évaluations.....	77
4.2. Les besoins en personnels de santé imposent la définition des effectifs souhaités ainsi que la structuration de filières de formation.....	78
4.2.1. Les études récentes sur les besoins en personnels de santé concluent à la nécessité de revoir les effectifs à la hausse dans les dix prochaines années	79
4.2.2. Certaines filières de formation, telle que celle des infirmiers, sont soumises à des exigences nouvelles	81
4.2.3. Les dispositifs incitatifs existants ne sont pas évalués.....	82
4.3. L'adaptation de l'offre de soins et l'organisation de l'administration de la santé restent à décider	83
4.3.1. La question de la place des hôpitaux périphériques dans le système hospitalier	83
4.3.1.1 Les missions assignées aux hôpitaux périphériques sont précises.....	83

4.3.1.2. L'exercice des missions des hôpitaux périphériques est confronté à des problèmes difficiles à résoudre	85
4.3.1.3. Le statut et le management des hôpitaux périphériques doivent être revus.....	87
4.3.2. Le statut et le fonctionnement de la pharmacie centrale d'approvisionnement peuvent être améliorés	90
4.3.2.1. Le cadre légal des activités pharmaceutiques doit être précisé.....	90
4.3.2.2. L'organisation de la pharmacie d'approvisionnement est à modifier.....	90
4.3.2.3. Le ministère de la santé devrait sans tarder veiller au respect des dispositions de la réglementation locale pour les préparateurs en pharmacie.....	92
4.3.2.4. Les comptes de la collectivité d'outre-mer ne retracent pas les stocks	92
4.3.2.5. Le circuit du médicament n'est pas sécurisé du fait de l'éclatement des structures.....	93
4.4 Le Ministère doit se doter des outils et compétences lui permettant de rechercher la maîtrise des dépenses de santé	93
4.4.1. Pour assumer la compétence qui lui a été confiée sur la santé, la Polynésie française doit fixer ses objectifs.....	94
4.4.2 La planification doit être affinée et mieux utilisée.....	94
4.4.3 La maîtrise de la dépense suppose une révision des logiques actuelles et le choix d'un modèle de régulation.....	96
4.4.3.1. La Polynésie française doit choisir son mode de régulation.....	96
4.4.3.2. La fixation d'un objectif annuel des dépenses d'assurance maladie est compatible avec l'une ou l'autre des deux logiques de régulation.	97
5. RECOMMANDATIONS	99

1. Le système de santé polynésien

1.1. Titulaire exclusive de cette compétence, la Polynésie française organise et gère un système de santé qui doit prendre en compte des spécificités importantes

1.1.1. La compétence « Santé »

La Polynésie française détient une compétence ancienne sur la santé publique, en particulier depuis la publication du décret n° 57-812 du 22 juillet 1957.

L'intervention des lois de 1996 et 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française a donné à la collectivité une compétence exclusive dans cette matière :

« Les autorités de la Polynésie française sont compétentes dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'Etat par l'article 14, sous réserve des compétences attribuées aux communes ou exercées par elles en application de la présente loi organique ¹ ».

Cette rédaction est peu différente de celle retenue dans l'article 5 de la loi du 12 avril 1996 qui disposait que :

« Nonobstant toutes dispositions contraires, les autorités de la Polynésie française sont compétentes dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'Etat par les dispositions de l'article 6 de la présente loi ou aux communes par la législation applicable sur le territoire ».

Le caractère exclusif de la compétence de la Polynésie française en matière de santé a été précisé à deux reprises, par le Conseil Constitutionnel en 2001, puis par le Conseil d'Etat en 2003.

Le Conseil Constitutionnel, saisi par des parlementaires le 7 juin 2001 sur la conformité de plusieurs articles de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, a en effet constaté dans sa décision n° 201-446 DC du 27 juin 2001 que :

« Considérant en premier lieu que la santé n'est pas au nombre des compétences de l'Etat limitativement énumérées (...) et relève dès lors, en application de l'article 5 de la loi organique de celles des autorités de la Polynésie française ».

Le Conseil d'Etat saisi pour sa part, en application de l'article 114 de la loi organique de 1996, d'une demande d'avis présentée au tribunal administratif de Papeete par le président du gouvernement de la Polynésie française, et portant sur la répartition des compétences entre l'Etat et la collectivité d'outre-mer, répondait dans le même sens que le Conseil Constitutionnel. Il constatait à son tour que les autorités de la Polynésie française sont compétentes dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'Etat et que la compétence de la santé ne figurait pas au nombre des compétences de l'Etat.

Pour autant, cette affirmation de principe ne règle pas, dans le détail de leur mise en œuvre, un certain nombre de situations, qui supposent la coordination de l'action de l'Etat et de la collectivité d'outre-mer.

¹ Article 13 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004.

Dans au moins trois domaines, la proximité des secteurs couverts par les compétences respectives de l'Etat et de la collectivité d'outre-mer, ou leur complémentarité, suggèrent des chevauchements possibles, ou, à tout le moins, des coordinations à assurer :

- la survenue de catastrophes ou d'évènements indésirables de grande ampleur peut conduire à « *la mise en œuvre des plans opérationnels et des moyens de secours* »², qui relèvent de la compétence de l'Etat ; l'alinéa 6 de l'article 14 de la loi organique de 2004, confie à l'Etat le maintien de l'ordre et de la sécurité publique dont relèvent « *préparation des mesures de sauvegarde, élaboration et mise en œuvre des plans opérationnels et des moyens de secours nécessaires pour faire face aux risques majeurs et aux catastrophes ; coordination et réquisition des moyens concourant à la sécurité civile* » ; l'Etat est donc responsable de la coordination générale des moyens jugés les plus adaptés au maintien de la sécurité des biens et des personnes ; il a la capacité de réquisitionner les moyens qu'il estime indispensables ; l'Etat est aussi le garant des libertés publiques (alinéa 2 de la loi organique de 2004), et, à ce titre, est la seule autorité habilitée à les restreindre le cas échéant ; cette hypothèse peut se vérifier, par exemple, dans le cas de phénomènes épidémiques qui sont susceptibles d'entraîner la fermeture des écoles et d'autres activités, et conduire à la limitation du droit d'aller et de venir ;

- compétence de l'Etat, la délivrance des grades, titres et diplômes nationaux, dès lors que les métiers et qualifications dépendent de ces titres, conditionne la possibilité d'exercer en Polynésie française dans le champ de la santé ; tel est le cas pour les professions médicales et certaines professions paramédicales ;

- le secteur de la recherche, compétence de l'Etat (article 14 alinéa 13 de la loi organique statutaire), donne lieu à une participation de la collectivité d'outre-mer, selon les termes de l'article 37 de la loi organique de 2004 qui dispose que : « *Le gouvernement de la Polynésie française est associé à l'élaboration des contrats d'établissement entre l'Etat et les établissements universitaires intervenant en Polynésie française. Il est consulté sur les projets de contrat entre l'Etat et les organismes de recherche établis en Polynésie française* » ; cette collaboration est d'autant plus souhaitable que l'article 26 de la même loi permet à la collectivité d'outre-mer d'organiser ses propres filières de formation et ses propres services de recherche.

A l'analyse, il ressort que les domaines de juxtaposition des compétences évoquées ci-dessus, peuvent intéresser tous trois la santé.

Les deux derniers domaines cités permettent des collaborations dans des conditions que la rédaction de la loi statutaire définit sans ambiguïté : la Polynésie française est compétente et peut, si elle le souhaite, être associée aux initiatives prises par l'Etat (en matière de recherche). Dans d'autres cas, elle peut solliciter le bénéfice de dispositions légales (reconnaissance de diplômes).

Le premier domaine de compétences relevé suppose en revanche une répartition des actions et des décisions qui a été mise en évidence par l'épisode de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009.

Même si la Polynésie française a déclenché ses propres procédures et dispositifs, la ligne de conduite adoptée s'est largement inspirée des analyses faites par le ministère de la santé français, dont le conseil et l'aide ont été sollicités. Une aggravation de la crise aurait sans doute pu conduire à des missions d'assistance élargies.

² Article 14 alinéa 6 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004.

La nature et les limites d'intervention de la Polynésie française et de l'Etat auraient alors dû être précisées, ce type d'intervention comportant nécessairement la coordination des moyens engagés.

L'examen des compétences dévolues à la Polynésie française, lorsque l'on prend en considération cette fois non plus le caractère opérationnel de la gestion des crises en phase aiguë, mais les niveaux d'expertise et d'intervention en matière de sécurité sanitaire, pose la question des moyens permanents dont dispose la Polynésie française.

A titre d'illustration, on notera que la France s'est dotée d'un ensemble d'agences spécialisées à compter de l'année 1998, afin de faire face à la complexification croissante des risques sanitaires, par la mise en place d'expertises, de moyens de contrôle et de coordination, et d'information. Il s'ensuit une production de normes, de règlements ou de guides de « bonne pratique », qui désormais encadrent l'exercice de nombre de professions de santé.

Cet ensemble d'institutions représente dix structures spécialisées, placées sous les tutelles des différents ministères concernés par les secteurs d'activité en cause.

Si toutes les missions assurées par ces organismes ne trouvent pas nécessairement à s'appliquer en Polynésie française pour le moment, la plupart intéressent néanmoins des activités existantes ou dont le développement est envisagé à court ou moyen terme.

C'est a priori le cas des agences suivantes :

- l'agence de biomédecine « *qui exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules. Ses champs de compétence concernent également les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique*³ » ;
- les agences de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité sanitaire des produits de santé, qui recouvrent les domaines du médicament, des produits de santé, des dispositifs médicaux ;
- l'établissement français du sang ;
- l'institut du cancer ;
- l'autorité de sûreté nucléaire.

Il est difficilement concevable que la Polynésie française soit en mesure de se doter de toutes ces structures localement pour couvrir l'ensemble du champ de la sécurité sanitaire, tant pour des raisons de coût, que de masse critique à atteindre.

Une solution consisterait, pour la Polynésie française, à confier par la voie conventionnelle, à ces agences nationales, les missions de sécurité sanitaire que la collectivité d'outre-mer ne serait pas en mesure d'assumer elle-même directement⁴.

Si l'on excepte ces zones de chevauchement ou de coopérations éventuelles, la collectivité d'outre-mer organise, finance et gère le système de santé local selon ses options propres.

³ Portail des agences sanitaires, coordonné par la direction générale de la santé.

⁴ Le projet de médecine nucléaire du nouvel hôpital posait par exemple la question de l'autorité habilitée à agréer les installations et les approvisionnements en produits radioactifs ; une convention a ainsi été signée le 8 juillet 2009 avec l'autorité de sûreté nucléaire.

De ce fait, le système de santé polynésien, s'il s'inspire assez largement de celui qui s'est développé en France métropolitaine, n'en est pas moins original, les problématiques d'organisation des soins et de la prévention étant fortement impactées par la réalité du peuplement des archipels.

1.1.2. Le contexte géographique et démographique

Isolée dans le Pacifique Sud, la Polynésie française compte 118 îles (dont 76 habitées) regroupées en 5 archipels éloignés les uns des autres.

Le centre administratif et sanitaire, Papeete, est distant de 1400 km des Marquises au nord, 1650 km des Gambiers à l'est et 1300 km de Rapa au sud. Le peuplement du territoire est très inégal, les trois quarts de la population étant concentrés sur les Îles du Vent, et les Îles Australes ne comptant que 2 % de la population totale.

Les densités de population sont par conséquent très variables et les valeurs extrêmes s'établissent entre 171 habitants / km² à Tahiti et 8 habitants au km² aux Marquises.

La population de la Polynésie française (259 596 habitants en 2007) est sensiblement inférieure à celles des départements d'outre-mer (sauf la Guyane). En termes sanitaires, elle ne permet donc pas d'atteindre les seuils critiques permettant le développement de certaines activités diagnostiques ou thérapeutiques complexes, onéreuses et nécessitant une pratique régulière, faute d'indications suffisamment nombreuses.

Les migrations entre les îles sont constantes, et, depuis le début des années 1970, elles conduisent à une concentration forte de la population sur l'île de Tahiti. Corrélativement, la part du peuplement dans les archipels diminue. La concentration croissante de la population sur les Îles du Vent complique la desserte sanitaire des archipels, en créant un risque de déséquilibre de l'offre de soins.

Outre cette forte spécificité, liée au caractère archipélagique de la Polynésie française, la population résidente comporte aussi des caractéristiques marquées : la structure par tranche d'âges fait ainsi ressortir la part importante des « moins de 20 ans » (37,4 % en 2007 contre 24,8 % en Métropole), même si elle a perdu dix points par rapport à 1988.

Les pyramides des âges (voir annexe I) montrent dans le même temps l'amorce d'un vieillissement de la population qu'illustrent aussi les recensements successifs de la population âgée de 60 ans et plus. En 2027, une personne sur 6 aura plus de 60 ans.

Dans son analyse 2007 des évolutions de population, l'Institut de la statistique de Polynésie Française résume ainsi les caractéristiques des recensements et projections depuis 2002 :

« ..., l'augmentation de la population de 15 000 personnes est due exclusivement à l'accroissement naturel, avec des naissances plus nombreuses que les décès. Sur ces cinq années, le déficit migratoire est d'un millier de personnes. La fécondité et la mortalité sont désormais modérées et la croissance de la population continue de ralentir. »

Les tendances mises en évidence aboutissent à une situation sanitaire particulièrement complexe, cumulant les données de morbidité propres aux populations jeunes, à celles d'une population dont le vieillissement est amorcé.

1.2. L'organisation des soins et de la prévention est dans l'ensemble adaptée au contexte de la Polynésie Française

En raison de ces contraintes fortes et des caractéristiques de sa population, la Polynésie française s'est dotée d'une organisation mixte, faisant cohabiter un important secteur public avec un secteur libéral, surtout présent à Tahiti.

Le secteur public de la santé est mis en œuvre par le ministère de la santé qui cumule des missions multiples, qu'il s'agisse de prévention, d'éducation sanitaire, de gestion de structures de santé et d'hygiène publique, à Tahiti et dans l'ensemble des archipels.

1.2.1. L'organisation du secteur public est stabilisée par la réglementation

Un arrêté en conseil des ministres du 15 avril 2004 détaille l'organisation du service de la santé, et précise le contenu de certaines activités ou compétences.

Le directeur de la santé, est nommé par arrêté en conseil des ministres. Il prend les dispositions utiles pour exécuter les missions assignées au service par l'Assemblée de la Polynésie française. Il agit aussi dans le cadre des directives reçues de son ministre à qui il rend compte de l'activité de son service. Il est titulaire du pouvoir hiérarchique qu'il exerce sur le personnel affecté au service. Il est aidé dans sa tâche par un adjoint, des attachés de direction et des chargés de missions. Les chargés de mission responsables du projet « Réseau santé informatisé polynésien » sont placés auprès de lui.

La direction de la santé se compose d'une part d'une administration centrale, d'autre part de subdivisions déconcentrées auxquelles sont rattachées les formations sanitaires.

L'administration centrale

Selon l'arrêté du 15 avril 2004, l'administration centrale, en charge de la conception, de l'animation et de l'évaluation des politiques de santé, comprenait, outre le directeur, deux bureaux et quatre départements :

- le bureau de la veille sanitaire ;
- le bureau des affaires juridiques ;
- le département « programmes de prévention », structuré en 4 bureaux (maladies liées au mode de vie, maladies infectieuses, promotion de la santé de la mère et de l'enfant, appui technique et méthodologique) ;
- le département « planification et organisation des soins », lui aussi organisé en 4 bureaux (offre de soins, gestion des risques et du médicament, professions de santé, bureau paramédical) ;
- le département administratif et financier, organisé en 4 bureaux (gestion financière et comptable, logistique et équipements, pharmacie, biomédical) ;
- le département des ressources humaines (administration et personnels, relations sociales, formation emploi, institut de formation en soins infirmiers).

Des dispositions introduites en 2005 ont conduit à des aménagements significatifs. Aux lieu et place du département des ressources humaines a été créé un département des soignants itinérants qui fait en sorte d'assurer la continuité des soins par la mise à disposition de remplaçants. Un troisième bureau a été créé, celui des ressources humaines. Sauf délégations accordées aux subdivisionnaires ou aux directeurs d'hôpitaux, le bureau est compétent pour l'ensemble du personnel de la direction. Il est singulier que la direction des ressources humaines soit ainsi ravalée au rang de bureau, alors que la gestion des personnels itinérants, quelle que soit son utilité, soit positionnée au niveau d'un département.

Il convient enfin de noter qu'un arrêté du 30 août 2007 a complété l'arrêté de 2004 en ajoutant un chapitre 4, instituant le Centre médical de suivi des anciens travailleurs des sites d'essais nucléaires et des populations vivant ou ayant vécu à proximité de ces sites. Ce centre est placé sous la responsabilité du directeur de la santé.

Les structures déconcentrées.

Il est créé dans chaque archipel une subdivision déconcentrée du service de la direction de la santé, placée sous l'autorité d'un subdivisionnaire.

Les subdivisions gèrent l'ensemble des formations sanitaires de leur ressort et mettent en œuvre les missions du service de la direction de la santé.

Les subdivisions comportent trois cellules :

- la cellule « promotion de la santé » ;
- la cellule « structures de soins » ;
- la cellule des ressources.

La cellule « structures de soins » coordonne les soins dispensés par l'ensemble des structures de la subdivision, hôpitaux compris.

Toutefois, dès lors qu'un hôpital est placé sous la responsabilité d'un directeur, ce dernier exerce son autorité sur tout le personnel. Il rend compte de son activité au subdivisionnaire.

L'arrêté de 2004, concurrençant d'une certaine façon le schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française, détaille aussi les missions, équipements et organisations attendues de ces différentes structures.

1.2.2. Une organisation graduée des structures de soins

L'organisation mise en place associe des formations sanitaires, un réseau de médecins inter-îles et un dispositif d'évacuation sanitaire.

1.2.2.1. Les formations sanitaires.

L'examen du nombre, des localisations et des missions des structures gérées par le ministère de la santé donne un aperçu de l'importance et de l'adaptation du dispositif public au contexte de la Polynésie française.

La liste et les caractéristiques principales des formations sanitaires sont ainsi exposées dans le chapitre 3 de l'arrêté n°673 CM du 15 avril 2004 modifié :

- les hôpitaux ;
- les centres médicaux ;
- les centres dentaires ;
- les infirmeries ;
- les dispensaires ;
- les postes de secours.

Par ailleurs, sont rattachés à la subdivision des Iles du Vent et placés en tant que de besoin à la disposition des autres subdivisions :

- les centres de consultations spécialisées ;
- le centre d'hygiène et de salubrité publique.

Les niveaux de spécialisation et d'équipement attendus des différentes structures sont également fixés dans l'arrêté avec une grande précision.

Selon les décomptes pratiqués, on atteint un nombre de 126 à 130 structures réparties sur le territoire.

Le dernier recensement effectué⁵ établit une cartographie précise qui illustre bien le caractère volontariste, au départ, de la politique voulue. La cartographie réalisée permet d'identifier, dans 58 îles (sur 76 habitées) et 45 communes (sur 48), un total de 126 formations sanitaires, à savoir :

- 4 hôpitaux ;
- 13 centres médicaux ;
- 17 dispensaires ;
- 22 infirmeries ;
- 20 centres dentaires ;
- 43 postes de secours ;
- 7 centres de consultations spécialisées (y compris l'hôpital de jour).

Les structures déconcentrées sont en outre confortées par deux dispositifs complémentaires.

Il s'agit d'une part, des interventions de spécialistes au sein des structures déconcentrées, ou éventuellement sur des sites isolés, et d'autre part, des possibilités d'évacuation des patients entre les îles.

⁵ Rapport relatif à l'organisation de l'offre de soins IGAT (avril 2009).

1.2.2.2. Le réseau inter-îles

Le réseau inter-îles a été mis en place après une étude des besoins réalisée courant 2002, archipel par archipel, faisant apparaître les coûts et activités prévisionnels. Cette étude a été prise en compte dans une recommandation du Schéma d'organisation sanitaire.

A partir de 2003, sont prévues deux supports financiers pour mettre en œuvre ce dispositif de renforcement spécialisé de l'offre de soins de proximité :

- le contrat d'objectif, accord formalisé entre la CPS et le CHPF, par lequel ce dernier se voit octroyer des moyens qui lui permettent essentiellement le recrutement de ressources ; le budget correspondant ayant été rapidement intégré à la dotation globale annuelle (et bénéficiant du même coefficient directeur) les conditions de son suivi n'ont en pratique pas été réunies ;
- la convention tripartite signée entre la CPS, le CHPF et la Polynésie Française ; la CPS finance essentiellement les déplacements ; la subvention de la collectivité d'outre-mer (qui transite par le budget de la direction de la santé) participe essentiellement à la couverture des indemnités servies aux spécialistes participant au réseau ; la convention actuelle de 2006 est une convention cadre ; celle-ci inclut désormais la cellule opérationnelle/structure administrative sans qu'il en soit précisé le financement ; chaque année un avenant fixe l'échéancier prévisionnel des missions et les participations financières de la CPS et de la Polynésie Française ; à ce jour, 9 spécialités sont concernées (à l'exclusion de la pédopsychiatrie pour laquelle les spécialistes sont des agents de la direction de la santé qui ne rentrent donc pas strictement dans ce dispositif tripartite).

Pour l'année 2008, le dispositif représente environ 280 missions, 800 jours/hommes et 10 000 consultations.

Le taux de réalisation des programmes prévus est de 75 % (missions réalisées) à 80 % (jours de missions).

S'il ressort que les aspects financiers de la convention ne sont pas ajustés aux réalisations effectives, une évaluation est toutefois menée sur l'adéquation des missions aux besoins des acteurs de terrain, tels qu'ils les expriment grâce à une enquête annuelle. Ce dispositif bénéficie donc d'un suivi satisfaisant dans l'ensemble.

1.2.2.3. Les évacuations sanitaires inter-îles

Les évacuations sanitaires (EVASAN), financées sur le budget de la CPS, permettent de cerner les flux des patients transportés dans le cadre de l'urgence, mais aussi, de façon programmée pour bénéficier d'une consultation, d'un examen spécialisé ou d'une hospitalisation.

Le recours à ces évacuations sanitaires ne doit donc pas être assimilé systématiquement à l'urgence ou à la gravité des motifs médicaux d'évacuation, la majorité des cas résultant du défaut de compétence ou de technique sur le lieu de résidence du patient.

En d'autres termes, le maintien de la continuité territoriale et la dispersion d'une partie des populations conduisent régulièrement à mettre en œuvre des transferts aériens ou maritimes pour permettre une consultation ou une radiologie de contrôle par exemple.

La comptabilisation de ces transferts présente un intérêt certain à plusieurs points de vue :

- celui du nombre des évacuations et de leur coût.

Années	2007	2008
Evacuations programmées	23 689	25 452
Evacuations sur réquisition	3 135	2 780
Total	26 824	28 232
Dépense en MF CFP	1 094	1 195

La progression des évacuations est continue et provient des trajets programmés, répondant à des motifs non urgents. Leur coût évolue à la hausse par répercussion du prix des transports.

- celui de l'identification des lieux d'origine des patients et de leur destination.

Archipel de départ	Archipel d'arrivée	Nombre d'évasan		
		2006	2007	2008
TAHITI	TAHITI	2	9	5
AUSTRALES	TAHITI	1 754	1 958	2 067
TUAMOTU	TAHITI	5 389	6 174	6 681
I.S.L.V	TAHITI	7 830	7 705	7 766
I.D.V	TAHITI	2 462	2 696	3 279
MARQUISES	TAHITI	1 766	1 656	2 080
TOTAL		19 203	20 198	21 878
AUSTRALES	AUSTRALES	6	3	0
TUAMOTU	TUAMOTU	65	103	32
I.S.L.V	I.S.L.V	4 786	5 059	4 470
I.D.V	I.D.V	54	52	3
MARQUISES	MARQUISES	1 375	1 409	1 849
TOTAL		6 286	6 626	6 354
TOTAL GENERAL		25 489	26 824	28 232

La destination majeure est évidemment Tahiti, qui concentre les atouts que représentent le plateau technique hospitalier, la présence du SAMU et qui est le point de convergence de tous les moyens de transport inter-îles.

Il est cependant intéressant de relever que le recours aux « évasans » n'est pas homogène et que les structures de diagnostic et de soins implantées dans les archipels éloignés jouent un rôle que l'on vérifie statistiquement.

Le taux de recours aux transferts, rapporté à la population résidente, est contrasté, et dépend du degré de médicalisation des îles :

Archipels	Population permanente	Nombre annuel d'Evasan / nbre d'habitants
Australes	6310	1 pour 3 habitants
Tuamotu Gambier	16847	1 pour 2 habitants
ISLV	33184	1 pour 4.2 habitants
IDV (Moorea)	16000	1 pour 4.8 habitants
Marquises	8632	1 pour 4.15 habitants

- celui de l'attractivité relative des centres de soins déconcentrés.

Les évacuations dont la destination finale n'est pas Tahiti permettent d'analyser les transferts de sites peu ou pas médicalisés, vers des îles qui bénéficient de moyens supérieurs.

Deux chiffres significatifs concernent les îles d'implantation des deux hôpitaux de Raiatea et des Marquises qui accueillent respectivement 4 470 et 1 849 patients provenant de leur environnement immédiat. Ces deux valeurs représentent une mesure de l'attractivité de ces deux hôpitaux périphériques.

Les structures de soins et de prévention, telles qu'elles sont prévues par la réglementation, assurent un accès aux soins globalement satisfaisant et permettent une prise en charge graduée des patients. Cette organisation, complétée par celle des consultations avancées, renforce ou supplée la médecine libérale, notamment dans les îles les plus isolées, les plus éloignées et les moins bien dotées.

1.2.3. Une organisation intégrée

Le degré d'intégration d'un système de santé, qui permet de rendre compte de la cohérence du parcours du patient, s'apprécie sur la base plusieurs critères. Les items suivants sont en règle générale admis :

- le système doit couvrir l'ensemble du pays ;
- il doit être financièrement accessible au plus grand nombre ;
- il comporte des structures de soins articulées, et organisées autour d'un premier échelon assurant les soins de proximité ;
- il doit pouvoir s'appuyer sur un échelon de référence complémentaire ;
- il intègre la prévention aux soins de santé.

1.2.3.1. L'accès aux soins

En Polynésie française, la protection sociale généralisée constitue le premier élément favorisant cette intégration : il n'y a pas d'obstacle d'ordre financier à l'accès aux soins.

La graduation des structures de soins en constitue le second.

La population peut aisément identifier la « porte d'entrée » du dispositif de soins, en ayant recours aux structures et personnels assurant une présence de proximité dans les postes de secours, infirmeries et dispensaires.

L'accès à des soins plus spécialisés est garanti, si besoin après une évacuation sanitaire, par une orientation sur des structures de référence intervenant en complément. Ce sont les hôpitaux territoriaux, puis les structures ambulatoires et la médecine de ville.

Les cliniques privées et le CHPF, implantés à Tahiti, assurent les soins les plus spécialisés.

Cependant, en raison du manque d'exhaustivité des activités assurées localement, une partie non négligeable des traitements ou diagnostics est effectuée en France métropolitaine ou en Nouvelle-Zélande.

Cette pratique est en soi tout à fait bénéfique pour les patients puisque, en assurant la prise en charge des frais liés à ces voyages, hébergements et hospitalisations, la caisse de prévoyance sociale (CPS), garantit l'accès à des soins spécialisés non disponibles sur le territoire. La dépense annuelle liée à ces soins externalisés est de l'ordre de trois milliards de FCFP, le coût moyen de chaque hospitalisation représentant en moyenne une dépense de 4 millions.

Les indications motivant les transferts sont clairement distribuées entre les deux pôles de destination des patients.

	France	Nouvelle-Zélande
Cancérologie	51 %	8 %
Cardiologie	11 %	56 %
Obstétrique	7 %	24 %
Ophtalmologie	5 %	0 %
Neurologie	4 %	4 %
Ortho-rhumatologie	4 %	0 %
Brûlures	3 %	2 %
Urologie-néphrologie	4 %	0 %
Autres	11 %	6 %
TOTAL	100 %	100 %

1.2.3.2. La prévention

Le dernier élément caractérisant le degré d'intégration du système de soins réside dans l'absence de séparation entre la prévention et les soins de santé.

Sur le plan institutionnel, la prévention est portée par les services intégrés aux subdivisions. La préoccupation de la prévention est donc représentée en tant que telle dans chaque circonscription, et peut donner lieu à des actions décidées localement.

Au niveau de l'organisation des soins, des actes de prévention sont dispensés, notamment par les structures telles que le Centre de la mère et de l'enfant et l'hôpital de Taravao. Les consultations et soins dentaires, assurés par l'organisation territoriale, représentent majoritairement des actes préventifs.

La Polynésie française s'est cependant dotée d'une structure spécialisée, depuis le début des années 2000, en créant l'EPAP, établissement public se consacrant à la prévention. Cette dernière création représente une initiative originale.

L'EPAP a été créé par délibération n°2001-202/APF du 6 décembre 2001. Son organisation et son fonctionnement ont été fixés par arrêté n°428/CM du 5 avril 2002.

Selon l'article 1^{er} de la délibération du 6 décembre 2001, l'EPAP est « *chargé de promouvoir et de participer à la mise en œuvre de toute action de prévention dans les domaines relatifs à la santé, l'éducation, la jeunesse et la sécurité routière...*

A ce titre, il est chargé, dans ces domaines et dans le respect des compétences dévolues aux services territoriaux, de :

- *promouvoir des réflexions, études, recherches ;*
- *évaluer les facteurs de risques ou d'aggravations ;*
- *mettre en œuvre ou participer à la mise en œuvre des actions d'information, de promotion ou de prévention ;*
- *exercer une fonction d'expertise et de conseil auprès des pouvoirs publics ou d'organismes. »*

L'EPAP a été placé sous la tutelle du ministre de la santé qui préside son conseil d'administration. Néanmoins, malgré les efforts indéniables de la direction et du conseil d'administration de l'établissement, l'EPAP n'est jamais parvenu à faire reconnaître son expertise, et la plupart des ministères n'ont eu de cesse que de chercher à récupérer une partie de ses fonds destinés à la prévention, tout en conservant l'initiative des projets.

Ces difficultés d'ordre méthodologique et institutionnel se sont aggravées avec la révision à la baisse des financements délégués à l'EPAP pour assurer ses missions.

Des conventions de financement avaient été prévues entre l'EPAP et les porteurs de projets. La chambre relève qu'aucune nouvelle convention n'a été passée avec la direction de la santé depuis 2007, alors que l'EPAP a théoriquement toujours compétence à participer au financement de ces programmes.

L'EPAP n'intervient plus dans le domaine de la santé que dans le cadre de la lutte contre le diabète, et plus particulièrement pour le financement d'une structure associative « La Maison du diabétique » (plus de 184 MF CFP entre 2004 et 2009), dont la pérennité de certaines actions dépend entièrement de ce financement.

Enfin, il faut noter, par ailleurs, la place importante tenue par la médecine scolaire en Polynésie Française, qui représente l'opportunité pour les services de santé de recenser et de soumettre à diagnostic des classes d'âges entières, et d'assurer un suivi sur longue période de la population scolaire. Cette politique est bien plus ambitieuse que celle qui a cours en métropole, où la médecine scolaire a surtout pour ambition de détecter chez les élèves les problèmes de santé qui pourraient provoquer l'échec scolaire. Selon les propres termes de ses services de communication, « *l'Education nationale est, en effet, concernée par le suivi de la santé des élèves dès lors que des problèmes de santé ou des carences de soins sont susceptibles*

d'engendrer des difficultés d'apprentissage ou de mettre les élèves en situation d'échec scolaire ».

Cette définition, centrée sur la scolarité et non sur la santé des enfants, a conduit à réduire en métropole les visites médicales à deux dans la vie de chaque élève, l'une entre 5 et 6 ans, la seconde au moment de l'orientation.

L'application de ces dispositions à la Polynésie française aboutirait à n'assurer annuellement que 4 000 visites pour la totalité de la classe d'âge scolarisée des enfants à l'âge de 6 ans et de 3 000 pour la totalité des élèves en classe de troisième.

Le système polynésien s'avère beaucoup plus étendu et attentif aux enfants que celui déployé au niveau national.

Le recensement des activités de médecine scolaire aboutit en effet à dénombrer 35 025 consultations de médecins pour 2007. Il faut encore préciser que ces actes médicaux sont largement complétés par des actes spécialisés pratiqués dans le cadre du centre de consultation spécialisée d'hygiène et de santé scolaire (CCSHSS), tels que des séances de kinésithérapie, d'orthophonie, de diététique, ou encore des soins infirmiers. Près de 16 500 vaccinations ont aussi été effectuées cette année là sur les enfants scolarisés.

Le principe de prise en charge globale de la population, au travers d'actions de prévention, d'éducation à la santé et d'accès aux soins curatifs est incontestablement un point fort du système de santé de la Polynésie française qui mérite d'être préservé.

2. Les résultats, tels que l'on peut les appréhender, sont positifs, mais le secteur de la santé est de plus en plus coûteux

2.1. Les résultats sont dans l'ensemble positifs malgré une offre partielle

2.1.1. Les indicateurs conventionnels sont favorables

La mesure de l'état de santé de la population au moyen d'indicateurs est la méthode utilisée par l'OMS et la plupart des pays pour déterminer l'efficacité des systèmes de santé. Ces indicateurs sont plus ou moins sophistiqués et peuvent être non seulement quantitatifs mais aussi qualitatifs.

En Polynésie française, les indicateurs de l'OMS sont peu renseignés et n'offrent donc pas toutes les possibilités d'analyse souhaitées.

Certaines données démographiques sont tirées de l'exploitation par l'ISPF des registres d'état civil et des certificats de décès. D'autres proviennent des systèmes d'information médicale (essentiellement celui du CHPF). D'autres encore, peu nombreuses, proviennent de la direction de la santé. Ces données sont notamment exploitées à l'occasion du remplissage des rubriques du questionnaire régional de l'OMS (CHIPS).

2.1.1.1. Indicateurs généraux

Indicateurs démographiques	Polynésie	Nouvelle Calédonie	Iles Cook	Guam	Australie	France
Accroissement naturel de la population	1.40 %	1.28 %	1.64 %	1.46 %	0.67 %	0.35 %
Taux de natalité pour mille	17.80	17.50	23	19.03	12.80	12.6
Taux de mortalité pour mille	4.40	4.70	6.6	4.41	6.50	8.7
Espérance de vie des hommes	74.4	71.9	65	75.34	78.70	77.8
Espérance de vie des femmes	78.5	78.6	73	81.84	83.50	84.5

Source : OMS Country health information profiles 2008.

Causes principales de décès/100000	Polynésie	Nouvelle Calédonie	Iles Cook	Guam	Australie	France
Cardio-vasculaire	124	130	146	150	194	242
Cancers	114	124	56	68	189	260
Affections respiratoires	54	35	89	NR	27	53
Traumatismes Empoisonnements	52	60	96	17	26	61
Infectieux et parasitaires	22	16	NR	16	15	16.4
Maladies endocrines	12	12	81	NR	17	31
Appareil digestif	11	16	32	NR	NR	38

Source : OMS Country health information profiles 2008.

Mère enfant	Polynésie	Nouvelle Calédonie	Iles Cook	Guam	Australie	France
Mortalité néonatale pour 1000 naissances	3.80	2.50	9.90	5.20	3.20	3.8
% de nouveaux nés de + de 2500g	93.08	91.50	97.70	91.54	93.60	92
Couverture vaccinale en %						
BCG	99.00	98.00	100.00	NR	NR	81.1
DTP3	98.00	100.00	100.00	89.00	92.10	97.3

Source : OMS Country health information profiles 2008.

Fréquence de l'obésité	Polynésie	Etats Unis	Australie	France
Fréquence chez l'adulte (hommes)	35 %	20 %	9 %	6 %
Fréquence chez l'adulte (Femmes)	43 %	25 %	11 %	6 %

Source : Direction de la santé cité par Fenua économie 2009-2010.

Fréquence de l'obésité en Polynésie française ⁶	6 ans	8 ans	10 ans
Fréquence chez l'enfant selon son âge	21 %	29 %	29 %

Source : Direction de la santé cité par Fenua économie 2009-2010.

L'espérance de vie en Polynésie française croît régulièrement de cinq mois par an depuis dix ans et le taux de mortalité est stable sur les dix dernières années. Le taux de mortalité infantile s'est également stabilisé⁷.

Si l'on peut imputer cette évolution favorable au système de santé dans son ensemble, la hausse de la mortalité prématurée⁸ est toutefois préoccupante : près de la moitié des décès

⁶ Les chiffres datent de 1995, aucune enquête permettant une actualisation n'ayant été effectuée depuis.

⁷ Extraits de l'annexe 1 au schéma d'organisation sanitaire.

⁸ La mortalité prématurée représente les décès survenus avant 65 ans.

interviennent avant 65 ans, deux des causes des décès prématurés étant « évitables » : celles liées aux morts violentes (principalement les accidents de la circulation), et celles liées au mode de vie (obésité, alcool, tabagisme). Les deux autres causes de mortalité prématurée relèvent de pathologies non infectieuses que sont les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

L'examen des causes de décès montre le passage progressif d'un modèle traditionnel, où prédominent les pathologies infectieuses, à un modèle contemporain où les cancers et les pathologies cardio-vasculaires tendent à constituer les premières causes de décès. Pour autant, cette transition n'est pas achevée, et la Polynésie française connaît une superposition des caractéristiques des deux modèles, la part des pathologies « traditionnelles » restant élevée.

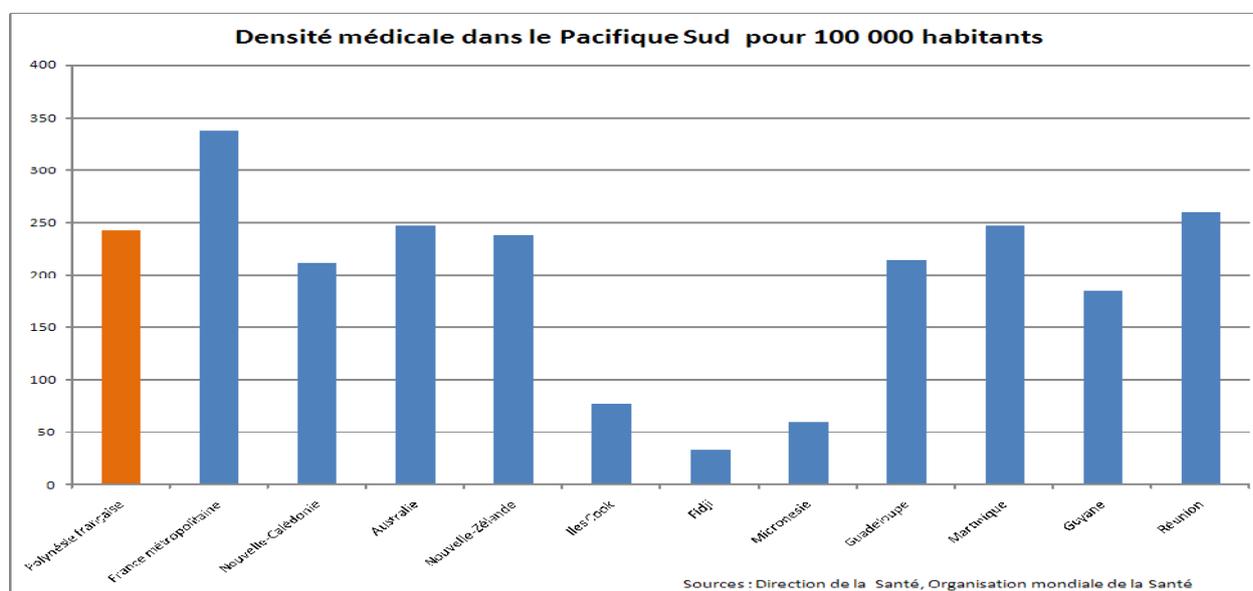
La part imputable au système de santé dans l'état de santé général de la population reste positive, les éléments défavorables relevant clairement de facteurs comportementaux.

Cela signifie que, pour l'avenir, l'amélioration de l'état de santé de la population dépendra davantage des conditions et habitudes de vie, que du développement du système de soins⁹.

2.1.1.2. Indicateurs de moyens

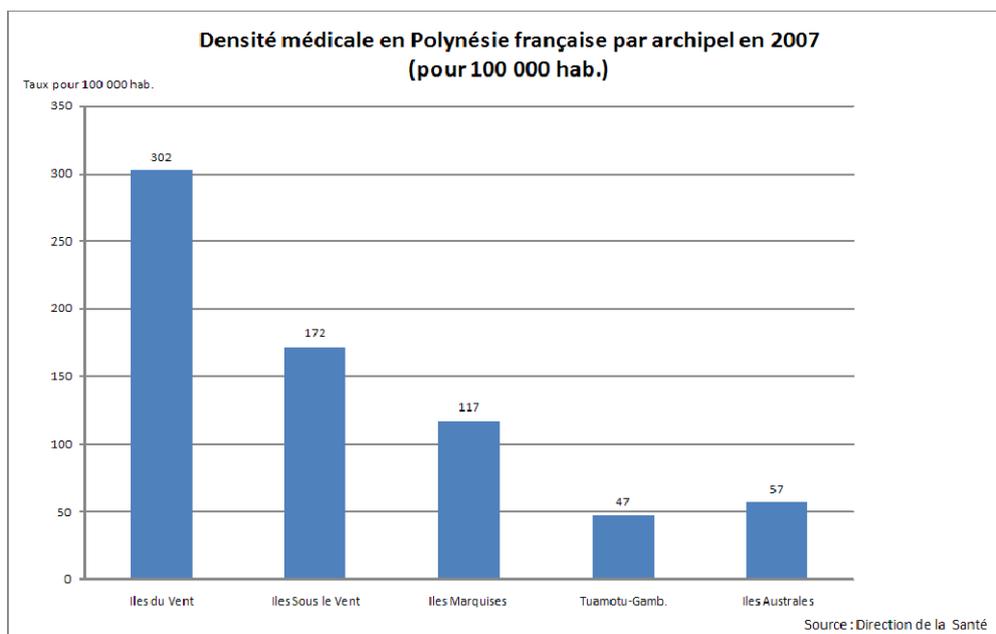
Les densités de personnels de santé représentent un facteur reconnu de mesure du développement du système de santé. S'agissant du contexte polynésien, l'affinement des données par archipel prend tout son sens.

La densité des personnels médicaux, place la Polynésie française au rang des pays les plus développés du Pacifique Sud.



Les densités médicales par archipel soulignent toutefois un déséquilibre, partiellement compensé par l'apport des structures publiques.

⁹ L'OMS estime à 20% l'apport du système de soins dans l'état de santé général d'une population.



Le classement des médecins par employeur montre notamment la part importante du secteur public, en renforcement ou en substitution des praticiens libéraux ou privés.

Mode d'exercice	Marquises	Australes	Iles du Vent	Iles sous le vent	Tuamotu Gambiers	Polynésie française
Libéraux	2	-	198	23	2	225
Salariés	8	5	263	27	3	306
Total	10	5	461	50	5	531

Le ministère de la santé est, comme promoteur de soins, le second employeur de médecins de la Polynésie française, derrière le CHPF :

Employeurs	Part (%)
CHPF	38,9
Direction de la santé - structures de soins	30,7

L'observation est la même pour les personnels infirmiers :

Employeurs	Nombre	%
CHPF	505	49,8 %
Direction de la santé - structures de soins	338	33,3 %
Clinique Cardella	63	6,2 %
Clinique Paofai	55	5,4 %

Comme dans la majorité des pays de l'OCDE, le nombre de médecins spécialistes est plus élevé que celui des médecins généralistes, contrairement à la situation observée en France métropolitaine.

La médecine libérale est absente de deux archipels, les Marquises et les Australes. Le rôle joué par les pouvoirs publics est donc indispensable au maintien d'une médicalisation répartie sur la plus grande partie du territoire.

Les indicateurs de santé permettent de juger des résultats globaux obtenus grâce à la mise en œuvre des actions financées par la collectivité et les ménages. Ces indicateurs restent, dans le cas de la Polynésie française très généraux, et sont en tout cas très incomplets par rapport à ceux produits par l'OMS.

Des aspects particuliers de l'état de santé des populations ne sont pas accessibles ou ne sont pas renseignés, tels que par exemple, les taux spécifiques (taux rapportés à une population ciblée), les incidences et prévalences. D'une façon générale, on peut constater que les sources d'information existantes ne sont pas exploitées par la direction de la santé, qui est le correspondant de l'OMS : tel est le cas des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), qui peuvent rendre compte de la morbidité hospitalière, du registre du cancer et des certificats de décès. Le recensement de ces données sanitaires est indispensable à la connaissance de l'état de santé de la population et à l'aide à la décision en matière de santé publique. Il permet aussi d'effectuer des comparaisons internationales, qui, croisées avec le niveau de dépenses, aideraient à situer le niveau de performance du système polynésien.

2.1.2. Le service offert est néanmoins partiel

Un certain nombre de disciplines ou d'activités sont absentes ou peu représentées sur le territoire polynésien, alors que le niveau de dépenses constaté suggèrerait qu'elles sont bien assurées.

2.1.2.1. Les activités de recherche dans le domaine de la santé sont limitées

En matière de recherche, les activités directement liées à la santé sont peu nombreuses et leur développement est incertain.

La collectivité d'outre-mer reconnaît elle-même qu'elle n'a pas les moyens de conduire seule une véritable politique de recherche :

« La Polynésie française est une collectivité de petite dimension qui n'a ni les moyens financiers, ni les moyens humains de développer isolément une recherche propre, éloignée des préoccupations concrètes et immédiates de sa population.

Le souci du gouvernement est double ; il s'agit :

- *de favoriser des programmes de recherche dont les incidences sont perceptibles à court voire moyen terme par la population ;*
- *et de centrer les actions de recherche sur le développement économique durable du pays, créateur d'emploi et générateur de croissance.*

Les principaux programmes de recherche soutenus par la Polynésie s'inscrivent par conséquent en soutien aux politiques sectorielles d'exploitation des ressources naturelles, terrestre ou marines, végétales ou animales, d'amélioration et de gestion du cadre environnemental et sanitaire du pays ».

Les aides apportées aux programmes de recherche par la Polynésie française sont accordées conjointement aux financements de l'Etat, dans le cadre des contrats de projets (précédemment contrats de développement).

Au cours des cinq années du second contrat de projet (2000-2005) les contrats de recherche intéressant la santé, étaient au nombre de trois au titre du soutien à l'amélioration du cadre sanitaire et environnemental. Parmi ceux-ci, deux programmes intéressaient les laboratoires de l'Institut Louis Malardé :

- le programme d'évaluation des risques ciguatériques par espèce ou par zone, qui avait pour objectif l'établissement d'une cartographie des zones de pêche en fonction des lieux touchés par la ciguatera ;
- le programme de contrôle d'un moustique piqueur, le « nono », qui consistait à mettre au point un piège attractif et respectueux de l'environnement, pour contrôler la population de cet insecte.

Si l'on s'en tient à une approche purement arithmétique, le principal pôle de recherche en matière de santé n'a représenté que 2 programmes sur les 9 figurant au contrat de projet.

Une seule convention a été signée par l'Institut Louis Malardé (le 11 décembre 2009), pour un montant de prévision de dépenses de 30 662 140 F CPF.

Le thème agréé est celui de « l'analyse des risques et bénéfices alimentaires reliés à l'utilisation des ressources locales ».

En novembre 2010, un autre contrat aurait été signé, à hauteur de 13,6 millions, pour la gestion du risque ciguatérique, comme l'indique l'ILM en réponse aux observations provisoires.

Les laboratoires de recherche de l'Institut Louis Malardé éprouvent de grandes difficultés à pérenniser leur action.

Les difficultés rencontrées sont de plusieurs ordres et elles ne semblent pas se résorber au fil du temps. Les comptes-rendus des conseils d'administration ou des conseils scientifiques en font le recensement régulier et répétitif.

La direction de l'activité de recherche est assurée sur un mode intermittent, le poste de directeur étant pourvu de façon discontinue.

Les effectifs des laboratoires sont réduits, la plupart ne disposant que d'un seul chercheur. Un seul est d'ailleurs titulaire d'une habilitation à diriger une recherche. Leurs relations avec d'autres équipes, rendues d'autant plus nécessaires que leurs effectifs sont réduits, restent compliquées et en nombre très limité. Elles sont inexistantes avec les structures pratiquant la médecine clinique, malgré la relance récente par l'établissement de nouveaux partenariats.

Le financement de la recherche provient en partie d'une subvention versée par la Polynésie française, et surtout du chiffre d'affaires en provenance d'autres activités de l'institut, alors que ces ressources ne sont plus suffisantes pour équilibrer l'ensemble que constitue cet établissement public.

2.1.2.2. Certaines disciplines ou activités médicales sont peu ou pas représentées

Plusieurs disciplines ou activités médicales sont peu représentées ou structurées.

Les services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle présentent une capacité inférieure à ce qui est prévu par le schéma d'organisation sanitaire, mais surtout, l'encadrement médical et technique y est insuffisant.

Le rapport annexé au schéma d'organisation sanitaire relève ainsi qu'un seul établissement a une activité de rééducation fonctionnelle sur les 8 établissements de santé du territoire¹⁰. Un seul dispense des soins d'ergothérapie ou offre les prestations d'un psychologue. Il n'y a aucun psychomotricien dans toutes ces structures. S'agissant de soins de suite, aucun établissement ne propose de prestations spécialisées.

Plusieurs missions d'experts, notamment la mission « Massé », ont mis en évidence les carences affectant la prise en charge des patients devant bénéficier de soins psychiatriques. Le schéma d'organisation sanitaire avait d'ailleurs repris ces analyses et consacré un volet important sur la promotion de la santé mentale. L'ensemble de ce secteur nécessite selon ces expertises une mise à niveau massive des structures de soins, avec notamment la création de structures extrahospitalières de proximité sur Taravao, Moorea, Uturoa, d'un centre de postcure pour les alcoolos-dépendants et les toxicomanes, et de structures d'aval, de type accueil familial thérapeutique. De plus, le besoin de disposer de moyens d'hospitalisation complète pour les enfants et les adolescents est constamment mis en évidence.

Le plateau technique polynésien, bien qu'important, et parfois même pléthorique et redondant (en biologie notamment), n'est pas complet à ce jour.

Si l'implantation relativement précoce de l'IRM a sensiblement amélioré les conditions d'établissement de diagnostics, l'absence d'une unité de médecine nucléaire représente un manque sans doute préjudiciable.

Dans la mesure où il a été décidé de diagnostiquer et de traiter les cancers localement, le recours à ces technologies paraît s'imposer. Il en est de même pour les affections respiratoires cardio-vasculaires, osseuses et endocriniennes.

La hausse continue du nombre d'insuffisants rénaux en phase chronique terminale, le coût financier et social du traitement par épuration, et l'isolement de la Polynésie française, plaident en faveur d'une activité de greffe rénale autochtone. L'éloignement des centres de greffe rend en effet hypothétique le bénéfice d'une greffe pour les patients polynésiens, sauf à les contraindre à quitter le territoire dans l'attente d'un appel du centre régulateur du lieu de résidence.

D'une façon générale, on peut encore estimer que les formes de prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète sont peu développées, si l'on excepte la dialyse rénale et l'insuffisance respiratoire.

¹⁰ Les 4 médecins spécialisés en médecine physique sont tous installés dans le privé.

Ces constats sont d'autant plus regrettables que les évolutions prévisibles des besoins en santé vont accroître les cas dans lesquels il faudrait recourir à plusieurs des structures ou activités manquantes. Le développement attendu de certaines pathologies va en effet susciter un besoin à la fois de capacités hospitalières spécialisées, et de formes diversifiées et non hospitalières de prise en charge.

2.2. Le système de santé de la Polynésie française est onéreux compte tenu du service rendu

Le souci de la connaissance de la dépense de santé en Polynésie française constitue une préoccupation intermittente pour les responsables politiques.

Cette préoccupation n'a d'ailleurs fait l'objet d'une prise en compte qu'à deux reprises dans l'histoire des quinze dernières années et sans donner lieu, jusqu'à présent, à une intégration, dans les procédures en vigueur, des opérations et collectes d'information nécessaires à la construction d'un tel modèle économique et comptable.

Le passage à une couverture sociale généralisée en 1994 avait incité le ministre de la santé de l'époque à mettre en place un outil retraçant les comptes de la santé du territoire, dans la mesure où cette innovation était susceptible de permettre un accès aux soins plus important à des populations qui avaient jusque là peu recours au système de dispensation de soins et de biens médicaux.

Cette période avait été aussi celle de la mise en place du budget global dans les établissements hospitaliers, et de la formulation d'une politique de rigueur, ces mesures (ou intentions) répondant à la même recherche d'encadrer les dépenses de santé et de pouvoir agir sur elles.

L'initiative qui avait conduit à établir les comptes de la santé pour l'année 1994 n'a malheureusement pas été poursuivie et les outils et sources d'informations mobilisés à cette époque ont été perdus.

Une délibération n° 98.162 APF du 15 octobre 1998, relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé, prévoyait pourtant, à partir de 1999, l'examen annuel par l'Assemblée de la Polynésie française des comptes de la santé, auxquels devait être joint un bilan de l'application des mesures de maîtrise des dépenses de santé. Ces dispositions n'ont, semble-t-il jamais été appliquées.

Les déséquilibres affectant les comptes sociaux sur la période récente ont de nouveau contribué à motiver les autorités à s'interroger sur les dépenses de santé.

A cette occasion, la direction de la santé a produit un travail de qualité, qui permet de retracer les comptes de la santé (2008).

Cette présentation, qui répond aux standards internationaux, permet de déterminer les agrégats conventionnels que sont la consommation médicale totale et la dépense courante de santé. Elle permet l'analyse des composantes des coûts et autorise aussi des comparaisons objectives permettant de juger de l'importance et de la répartition des dépenses entre les différents postes de consommation.

2.2.1 Les comptes de la santé confirment le niveau élevé des dépenses

La définition des agrégats permet de classer les différentes dépenses représentatives des actions ou consommations de biens de santé.

La consommation médicale totale (CMT) est la somme de la *consommation de soins et biens médicaux* (CSBM), véritable noyau des comptes de la santé, décrivant la consommation de l'ensemble des soins hospitaliers¹¹, ambulatoires¹², des services de transports (transferts des malades en ambulance, transferts inter-îles ou internationaux), des biens médicaux (médicaments et autres biens médicaux dont les prothèses), sur l'ensemble du territoire par les résidents et les non-résidents, et de la *prévention individualisable*, décrivant les actions dont ont bénéficié individuellement des personnes, en Polynésie française : il s'agit des services de prévention de la direction de la santé, des programmes de dépistage et du coût d'autres structures telles que le Fare Tama Hau.

La dépense courante de santé (DCS) décrit l'ensemble de toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Elle est donc l'agrégat global des comptes de la santé et regroupe :

- la CSBM, qui lorsqu'elle est étudiée sous l'angle des dépenses des financeurs s'appelle « dépense de soins et biens médicaux (DSBM) »;
- les autres dépenses pour les malades, qui comprennent, les indemnités journalières et les dépenses de prévention collective ;
- les dépenses en faveur du système de soins (dépenses de gestion de l'assurance maladie et de l'administration sanitaire) ;
- les dépenses de gestion générale de la santé (recherche et formation).

¹¹ CHPF, hôpitaux du territoire non individualisés juridiquement, cliniques et soins hospitaliers à l'extérieur du territoire lors des EVASANS internationales.

¹² Honoraires des professionnels de santé, prix de revient des structures spécialisées, centre de transfusion sanguine.

L'application de cette structure de recueil des données conduit aux résultats suivants pour la Polynésie française en 2008¹³ :

En MF CFP	
CONSOMMATION MEDICALE TOTALE	62 663
Consommation de soins et de biens médicaux	60 522
<i>dont Soins hospitaliers</i> ¹⁴	28 921
<i>Soins ambulatoires</i>	19 536
<i>Transports</i>	1 805
<i>Médicaments et prothèses</i>	10 260
Consommation de services de médecine préventive	2 224
<i>dont Prévention individuelle</i>	1 851
<i>Médecine du travail</i>	373
<i>Double compte à déduire</i>	-83
DEPENSE COURANTE DE SANTE	72 091
Dépenses en faveur des malades	68 355
<i>dont Dépenses en soins et biens médicaux</i>	60 522
<i>Indemnités journalières</i>	4 842
<i>Dépenses de prévention</i>	2 990 ¹⁵
Dépenses en faveur du système de soins	735
Dépenses de gestion générale de la santé	3 001

La connaissance des montants précisés ci-dessus permet d'établir des comparaisons avec d'autres pays, et d'appréhender indirectement l'importance de l'effort consenti pour le secteur de la santé en Polynésie française.

	% de la dépense de santé / PIB	Dépense / habitant
Polynésie française ¹⁶	13 %	2 842 USD
Nouvelle Calédonie ¹⁷	9 %	2 744 USD
France	11 %	3 599 USD
Australie	8.9 %	4 456 USD
Nouvelle-Zélande	9 %	3 463 USD
Etats-Unis	15.7 %	7 878 USD
Iles Cook	4.50 %	444 USD
Fidji	4 %	150 USD
Kiribati	12 %	112 USD

La détermination des dépenses de santé et l'appréciation qui peut en être faite à titre comparatif, placent donc la Polynésie française, au sein d'un ensemble de pays très développés, à un niveau bien supérieur à celui des petits pays insulaires de la zone du Pacifique Sud et de la plupart des pays du monde¹⁸.

¹³ Présentation des comptes de la santé, par le Dr D. Marghem (mai 2010).

¹⁴ Les dépenses des hôpitaux du territoire ont été calculées par les directions des établissements de Mamao et d'Uturoa.

¹⁵ Les dépenses de prévention correspondent à la consommation de services de médecine préventive (2 224 MF FCP) plus 766 MF FCP de prévention collective (département des programmes de prévention et service d'hygiène et de salubrité publique).

¹⁶ Présentation comptes de la santé, Dr D. Marghem.

¹⁷ Country Health information profiles, World health organization edition 2008.

¹⁸ Au niveau mondial, dans 22 pays, la dépense de santé est supérieure à 3000 USD, alors que dans 27, elle est inférieure à 30 USD par habitant et par an.

La dépense par habitant est en Polynésie française certes inférieure à celle de la France métropolitaine. Toutefois, il convient de tenir compte du fait qu'elle n'intègre pas les coûts de structure des services et prestations non assurés sur son territoire (recherche, activités ou disciplines mentionnées au paragraphe 2.1.2.2).

2.2.2. L'analyse des données disponibles permet de mesurer la forte évolution de la dépense de santé

Le déficit d'information entre 1994 et 2008 ne permet pas une mesure annuelle du rythme général d'évolution de la dépense de santé et de son dynamisme en Polynésie française. Seule, une comparaison des niveaux respectifs de dépenses peut être effectuée entre ces deux dates.

A l'occasion de la présentation des comptes de la santé 2008¹⁹, le rapporteur de ce dossier effectuait ainsi un rapprochement entre les données de 1994, qui étaient jusqu'alors les seules disponibles, et celles de 2008.

Malgré quelques ajustements, visant à rendre les choses comparables, la méthode utilisée en 1994 étant légèrement différente, les ordres de grandeur mis en évidence, permettent d'apprécier le rythme général d'évolution sur cette période.

La dépense courante de santé, donnée globale, est l'agrégat le plus comparable à ces deux dates. Elle est passée de 31 426 millions de F CFP en 1994 à 72 091 en 2008 soit une progression de 129 % et une moyenne de croissance de 6,2 % par an. Dans la même période, le PIB a progressé de 54 %, soit 3,26 % de croissance en moyenne annuelle.

Evolution des différents postes de la consommation médicale totale

<i>Soins ambulatoires</i>	<i>216 %</i>
<i>Médicaments et prothèses</i>	<i>155 %</i>
<i>Evasan</i>	<i>125 %</i>
<i>Soins hospitaliers</i>	<i>87 %</i>

Evolution détaillée du poste « soins hospitaliers »

<i>hôpitaux périphériques DS</i>	<i>142 %</i>
<i>CHPF</i>	<i>94 %</i>
<i>Soins hospitaliers privés</i>	<i>48 %</i>

Evolution des différents postes de « soins ambulatoires »

<i>autres professionnels de santé</i>	<i>551 %</i>
<i>Laboratoires (hors CHPF)</i>	<i>166 %</i>
<i>médecins</i>	<i>158 %</i>
<i>dentistes</i>	<i>161 %</i>
<i>Dispensaires DS</i>	<i>34 %</i>

¹⁹ Présentation comptes de la santé, Dr D. Marghem.

Le poste « prévention » a, quant à lui, doublé, passant de 1 195 millions à 2 224 ; mais en 2008, il inclut les vaccins (320 millions), qui figuraient dans le poste « médicaments » en 1994, et le programme de dépistage des cancers gynécologiques qui n'existait pas à cette date (161 millions) ».

La progression de la dépense courante de santé en Polynésie française (129 %), est supérieure à celle constatée en France métropolitaine qui a été de 73 %.

Sur la période la plus récente (2005/2008), si l'on considère cette fois la dépense de la PSG branche « assurance maladie - accidents du travail », c'est-à-dire, en ne tenant pas compte des dépenses pour le système de soins (gestion de l'assurance maladie et de l'administration sanitaire), de la prévention, ni des dépenses prises en charge directement par la Polynésie française, les évolutions en valeur sont les suivantes :

Années	2005	2006	2007	2008
Dépenses en MF CFP (comptes de la CPS)	40 442	42 632	46 437	48 342

La hausse de ces dépenses sur la période est de 19,5 %. A titre de comparaison, en France métropolitaine, sur la même période, la hausse était de 12,8 %²⁰.

2.2.3. Une nouvelle hausse des dépenses semble inéluctable dans un avenir proche

La dynamique démographique induit un renchérissement des dépenses de santé, et il y a lieu de penser que ses effets se feront particulièrement sentir dans quelques années en Polynésie française.

En effet, lorsque la croissance démographique ralentit, ce qui est le cas en Polynésie française, l'effet de vieillissement de la population tend à induire un phénomène de hausse des dépenses de santé.

Alors que le dispositif actuel, malgré ses qualités incontestables, ne suffit pas à la prise en charge complète des besoins de la population, des besoins supplémentaires sont donc prévisibles à moyen terme. Il est aussi probable que ces besoins supplémentaires vont générer des dépenses additionnelles conséquentes, en termes de santé, et de dépendance.

Le vieillissement de la population induit nécessairement l'accroissement de nombre de pathologies, ou d'évènements générateurs de consommation de soins et de prestations d'assistance.

Les cancers diagnostiqués chez les personnes de plus de 65 ans représentent 55 % des cas globaux.

Si la fréquence de tel ou tel type de cancer varie selon les pays et les habitudes de vie, la hausse attendue en Polynésie française sera de toute façon très élevée, conformément aux caractéristiques présentées par la pyramide des âges. Dans le projet médical du Centre

²⁰ Source : DREES, Comptes nationaux de la Santé. Consommation de biens et soins médicaux.

Hospitalier de la Polynésie française, le chef du service d'oncologie estime dans une fourchette de 350 à 500 les nouveaux cas qui seront diagnostiqués tous les ans, à moyen terme.

Plus le vieillissement de la population s'accroîtra, plus la fréquence des cancers sera élevée, les cancers liquides par exemple, tels que les lymphomes, étant étroitement liés au phénomène de l'allongement de la durée de la vie.

Le vieillissement induit aussi des pathologies dégénératives diverses. Si la part croissante de maladies neuro-dégénératives est à juste titre régulièrement mise en avant, il convient de ne pas négliger d'autres atteintes qui intéresseront d'autant plus la Polynésie française, que les effets du surpoids se combineront avec elles. C'est le cas par exemple des lésions ostéo-articulaires, qui vont induire une activité prothétique et réparatrice spécifique, associée à une perte d'autonomie transitoire ou non.

Dans le projet médical du CHPF, le chef du service d'endocrinologie-diabétologie présente la situation et les perspectives de proche évolution de l'obésité, du diabète, et autres maladies métaboliques, comme suit :

« La Polynésie française fait partie des 5 régions au monde les plus touchées par cette pathologie.

(...) L'OMS prévoit que le nombre de diabétiques va doubler dans le monde d'ici 2035.

Il est important de réaliser que même si le Territoire réussissait à effectuer un programme de grande ampleur de prévention de l'obésité et du diabète au cours des prochaines années, celui-ci n'aura un impact réel sur le nombre de diabétiques qu'au-delà de la seconde génération.

Il faut donc s'attendre à une augmentation explosive, lors de la prochaine décennie, des pathologies de surcharge, et donc de leurs complications ».

En effet, outre le traitement du diabète par lui-même, il faut encore assurer les prises en charge de toutes les complications, dont certaines sévères, qui sont associées à cette maladie.

Sont donc notamment concernées les prises en charges cardio-vasculaires, rénales, ophtalmologiques et neurovasculaires.

Ces perspectives proches et certaines devraient être évaluées par les autorités polynésiennes, et donner lieu à une anticipation de leurs répercussions financières, et à une planification adaptée des actions préventives et curatives à mener.

Mais, en sus de ces données démographiques et sanitaires générales, des événements particuliers peuvent encore amplifier cette tendance à la hausse.

L'essentiel des surcoûts identifiables à ce jour relève des conditions dans lesquelles le nouvel hôpital du Taaone sera activé.

Il est admis que le bâtiment construit n'est pas en mesure d'accueillir la totalité des services nécessaires à l'exercice entier des compétences confiées à l'hôpital. Une série de constructions additionnelles est en cours d'exécution et d'autres seront programmées dans un avenir qui doit être proche.

La dépense à engager pour ces réalisations, leur équipement, ainsi que leurs frais de fonctionnement vont inéluctablement se répercuter sur les charges à couvrir de l'hôpital.

Les montants n'en sont pas connus, et il est regrettable qu'aucune initiative n'ait été prise pour en cerner la consistance.

Malgré des hypothèses de croissance modérée des effectifs, des surcoûts sont aussi à prévoir pour ajuster en nombre et en compétences les effectifs de personnels. La dépense supplémentaire, en valeur 2009, est arrêtée à 306 millions de F CFP.

Ces dépenses ont vocation à entrer dans la base budgétaire de l'hôpital, et donc à prendre un caractère structurel.

Les dépenses médicales (médicaments, produits, dispositifs et fluides médicaux), sont prévues en augmentation de 300 millions de francs.

L'occupation à venir du nouvel équipement va générer des prestations de maintenance et d'entretien particulièrement sophistiquées, et il sera procédé, pour une bonne part d'entre elles, à une externalisation de ces opérations.

Le surcoût admis (depuis 2003) est de l'ordre de 800 millions de F CFP.

La question du statut du nouvel hôpital et de son amortissement, bien que parfaitement identifiée, tant par les services de la Polynésie française, que par ceux du CHPF, n'est toujours pas tranchée.

On sait que la collectivité d'outre-mer avait choisi d'assumer la maîtrise d'ouvrage du nouvel hôpital et son financement, en donnant mandat à l'établissement public des grands travaux, devenu l'EAD.

Ce mode opératoire, outre qu'il a contribué à laisser le futur gestionnaire de la structure en dehors des opérations, ne rend pas le CHPF propriétaire du bien.

Cette situation pose entre autres la question de l'amortissement de l'ouvrage (et de la plupart des équipements) et de l'identité de la personne morale qui en supportera la charge.

Selon le type d'amortissement pratiqué, les montants estimés varient, mais devraient se situer aux environs de 1,3 à 1,4 milliards de F CFP.

Au total, l'entrée en activité du nouvel hôpital devrait se traduire, au minimum, par quelques 3 milliards supplémentaires de dépenses annuelles de fonctionnement²¹, dont tout laisse à penser, qu'elles seront pérennisées, et qu'elles évolueront régulièrement au gré des révisions de prix ou des salaires.

Il faut noter encore, en matière patrimoniale, que le parc hospitalier, public ou privé en Polynésie française nécessite de nombreuses mises en conformité, qui ne sont pas à ce jour chiffrées, même si l'obligation de leur réalisation est certaine.

²¹ Quelles que soient les structures qui les supporteront (CHPF et Polynésie française).

2.2.4. Les aides en faveur du financement des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé tendent à se réduire

La tendance à la hausse des dépenses de santé se combine avec une réduction du financement de ce secteur par les partenaires extérieurs de la Polynésie française, notamment en fonctionnement. Les contrats de projets ne parviennent pas à compenser cette réduction.

La convention santé solidarité passée entre l'Etat et la collectivité d'outre-mer en 1999²² est arrivée à son terme en 2003 et n'a été prorogée annuellement que jusqu'en 2007.

S'agissant du fonctionnement (chapitre 950 en M51, 970 en M52), l'intervention financière de l'Etat dans ce secteur est ainsi passée de 10 % de l'ensemble des recettes directes affectées à la santé (2003 et 2004) à 3 % en 2006 et 2007, voire moins de 1 % en 2005 et 2008. Il est à noter que les produits non affectés dans les comptes de la Polynésie française (chapitre 970 en M51, chapitre 991 en M52) ne comptabilisent aucune ressource provenant de l'Etat qui aurait pu éventuellement servir à financer le secteur de la santé.

Dès lors, l'intervention de l'Etat dans le financement des dépenses de fonctionnement de la collectivité d'outre-mer au titre de la santé est résiduelle.

S'agissant de la section d'investissement (chapitre 900, 904 et 908 en M51, 901 et 910 en M52), il en va tout autrement.

L'intervention financière de l'Etat revêt plusieurs formes, qu'elle soit directement prévue par les conventions de financement diverses (contrats d'objectifs, 2^{ème} contrat de développement, convention FREPF), ou librement affectée par la Polynésie française aux opérations liées au secteur de la santé (reliquat FREPF, DGDE).

Il ressort qu'au 31 décembre 2009, les opérations d'investissement du budget de la Polynésie française, secteur de la santé, qui n'avaient pas été clôturées avant 2005 (soit un total de 47,9 MdF CFP en crédits de paiement mandatés cumulés au 31 décembre 2009), ont été financées par l'Etat à hauteur de 72 %.

Pour le nouvel hôpital (étude, construction des bâtiments, équipements), la participation de l'Etat se situe à 79 %, grâce à l'affectation par la Polynésie française d'une grande partie de la DGDE à cette opération.

La conclusion des contrats de projets, documents à caractère pluriannuel engageant l'Etat, aurait dû représenter pour la Polynésie française une opportunité favorable à la réalisation d'objectifs bien définis dans le cadre d'un cofinancement. Mais les difficultés budgétaires rencontrées par la Polynésie française ne l'incitent pas à des engagements pluriannuels comportant essentiellement, pour la part relevant de la collectivité d'outre-mer, des financements reconductibles de dépenses de personnels. Les perspectives de réalisation d'opérations de ce type sont donc faibles.

Le contrat de projet Etat – Polynésie française 2008-2013 du 22 mai 2008 prévoit, en son chapitre 2, un volet santé, dont la logique d'intervention est la suivante :

« Le programme vise à améliorer la couverture sanitaire territoriale conformément aux recommandations du Schéma d'Organisation Sanitaire 2003-2007 qui n'ont pu être mises en œuvre, notamment dans le domaine des soins de proximité, de la santé mentale, des urgences ».

²² Convention n°377/99 du 24 novembre 1999 relative aux actions de solidarité et de santé publiques.

Les objectifs spécifiques, répartis en actions, ont été identifiés et leur coût estimé, grâce notamment à l'assistance technique apportée par l'AFD et son prestataire de service, SANESCO (annexe II), a un total de 8 072,2 MF CFP dont 50 % financés par l'Etat.

Six conventions d'application ont été adoptées le 16 janvier 2009 (JOPF du 5 mars 2009) :

- convention n°24-09 : pour l'action 1.3, première tranche : 42 390 318 F CFP HT ;
- convention n°25-09 : pour l'action 3.2, opération d'équipement du centre d'enseignement de soins d'urgence : 15 465 374 F CFP HT ;
- convention n°26-09 : pour l'action 4.2, opération d'investissement : 31 360 898 F CFP HT ;
- convention n°27-09 : pour l'action 1.4, 1^{ère} tranche, dépenses de fonctionnement : 15 315 376 F CFP ;
- convention n°29-09 : pour l'action 1.8, opération de construction du laboratoire et de la pharmacie de l'hôpital d'Uturoa : 148 810 446 F CFP HT ;
- convention n°30-09 : pour l'action 1.8, opération d'extension – réhabilitation du service long séjour de Taravao : 252 183 788 F CFP HT.

Toutes ces opérations avaient connu un début d'exécution dès 2008, donc avant la conclusion de ces conventions d'application.

Au 23 septembre 2009, la situation était la suivante :

- pour les opérations 24-09 et 27-09 (opérations de fonctionnement), les titres de recettes concernant les participations de l'Etat lui avaient été adressés ;
- pour les opérations 29-09 et 30-09, un acompte de 30 % avait été demandé à l'Etat ;
- pour les opérations 25-09 et 26-09, les demandes de versement de l'Etat étaient en cours de liquidation.

Par ailleurs, la programmation 2009 (annexe III), validée par le comité de pilotage de juillet 2009, comportait une douzaine d'opérations pour un montant total de 588,3 MF CFP (dont 50 % à la charge de l'Etat).

Pour 2010, aucun projet n'avait été arrêté par le comité de pilotage.

Il apparaît surtout que les projets impliquant des dépenses de la Polynésie française en section de fonctionnement ne seront pas réalisés, faute de financement pérenne.

Cela revient, au mieux, à honorer les engagements relevant de l'investissement, des travaux d'entretien ou des dépenses de formation. Cela condamne en revanche tous les projets qui comporteraient des recrutements de personnels.

Ces projets ne sont pas des moindres, puisque sont concernés les champs de l'addictologie et de la santé mentale et, en particulier la prise en charge des enfants et adolescents, très déficitaires en Polynésie française.

3. La maîtrise de l'offre de soins et de ses coûts n'est pas assurée

3.1. Faute d'avoir défini pour l'avenir une politique et des objectifs de santé, les autorités de la Polynésie française ne parviendront pas à mesurer les résultats de leur action

La Polynésie française s'est dotée d'outils stratégiques depuis 1995, en vue de définir une politique de santé pour le Territoire, en tenant compte des réalités locales, mais aussi des moyens disponibles.

Le document le plus large dans son appréhension des choses, mais aussi le premier dans la chronologie, est le Plan pour la santé.

En complément du cadre général tracé par le Plan, la dimension opérationnelle a été assurée par des programmes de prévention d'une part et par un schéma d'organisation sanitaire d'autre part, dont la vocation était de permettre l'adaptation de l'offre de soins hospitalière.

L'examen des objectifs fixés par le plan stratégique, du degré de leur réalisation et de leur prise en compte dans la durée aurait dû permettre de cerner les contours de la politique publique de la santé et son niveau d'efficience.

3.1.1. Le Plan pour la santé, un document stratégique abandonné

Adopté par l'Assemblée Territoriale en 1995, le premier plan couvrait la période 1995-1999. A son terme, une évaluation a été menée et un second plan a été élaboré pour la période 2001-2005. Depuis, aucune disposition nouvelle n'a assuré la continuité du dispositif.

Instruits des insuffisances du premier plan (1995-1999), les auteurs du second plan ont assis leur démarche sur la consultation des professionnels de santé, et ont recherché la définition d'objectifs à atteindre et d'actions à mettre en œuvre.

Cette démarche a mobilisé une équipe d'une quinzaine de personnes pendant un an et a permis, de plus, la consultation de la population. A l'issue du processus, ce sont 22 000 questionnaires qui ont été retournés à la direction de la santé lors de l'enquête réalisée auprès de la population. Il s'agissait donc d'une démarche construite et participative.

Le plan retenait la nécessité d'établir des priorités. Ces priorités, explicitement formulées, devaient permettre d'orienter les moyens au moment de la prise de décision.

3.1.1.1 Les priorités retenues par le plan

Les priorités étaient au nombre de quatre. Elles ont été retenues à l'issue du processus consultatif organisé en amont du plan, à l'attention des professionnels de santé et de la

population. Un classement des problèmes de santé a été effectué « *en fonction de leur fréquence, de leur gravité, de leurs conséquences et de la faisabilité d'actions* » :

- les maladies liées à l'alimentation ;
- les enfants et adolescents ;
- le dispositif de santé ;
- le Réseau Santé Polynésie.

Chaque priorité était elle-même déclinée en objectifs particuliers, faisant apparaître des objectifs généraux et secondaires qui donnaient lieu à la fixation de stratégies d'action. Des indicateurs étaient parfois annoncés.

Ce plan précisait par ailleurs les autres actions à restaurer ou à renforcer :

- les maladies transmissibles ;
- les cancers ;
- la santé maternelle ;
- la santé mentale adulte ;
- les personnes dépendantes ;
- la transplantation (rénale) ;
- la génétique médicale.

A l'identique de ce qui avait été retenu pour les objectifs prioritaires, après un exposé synthétique de l'état de la question, des objectifs particuliers et des stratégies d'action étaient proposés.

Enfin en troisième partie du document, il était rappelé que l'état de bonne santé résulte de facteurs sociaux, économiques ou environnementaux et que sur ces sujets le ministère de la santé ne pouvait être que partenaire des actions susceptibles d'être conduites par d'autres ministères.

Le plan quinquennal présentait donc toutes les caractéristiques d'un document stratégique et la définition d'actions était de nature à en permettre un suivi et une évaluation.

3.1.1.2. Un plan qui a été peu suivi d'effets et qui n'a pas été pérennisé

Le document traitait de la question de sa propre application puisque ses auteurs soulignaient bien que c'était la mise en œuvre du plan qui constituerait le temps fort de la démarche.

A cet effet, le plan détaillait les conditions nécessaires à sa concrétisation :

- participation des acteurs ;
- travail coordonné des professionnels ;
- évaluation comportant des critères précis dès sa phase initiale ;
- identification de crédits spécifiques ;
- maintien du comité de pilotage créé pour l'élaboration du plan ;
- désignation d'un responsable pour chaque domaine du plan ;
- maintien du groupe « appropriation ».

Il est clair que si les deux premiers items n'étaient pas totalement maîtrisables par l'administration, tous les autres relevaient bien de son initiative.

Les retards ou les absences de prise de décision ont manifestement compromis la bonne marche du plan avant même son adoption par l'Assemblée. Aucun responsable du suivi d'application du plan n'a été désigné, le groupe « appropriation » n'a pas été créé et le comité de pilotage a fini par s'autodissoudre.

Curieusement, le plan, déjà écrit, n'a été transmis à l'Assemblée qu'un an après sa finalisation.

Malgré l'effort réel des rédacteurs du plan pour fixer des objectifs bien identifiés, l'évaluation précise de ce qui a été atteint ou non reste difficile.

L'évaluation faite en septembre 2005 par un collège de cadres de la direction de la santé permet néanmoins de tirer plusieurs enseignements.

La création du Schéma d'Organisation Sanitaire aurait détourné énergies et compétences de la mise en application du plan pour la santé. Le Schéma aurait en quelque sorte supplanté le plan qui devait en être la matrice.

La vocation planificatrice du plan pour la santé ne s'est pas concrétisée. Seuls des professionnels, l'ont utilisé pour étayer des dossiers, et certains responsables de programmes continuent à mettre en œuvre ses orientations à titre individuel.

Les responsables de programmes faisaient défaut pour 13 programmes sur 31 (soit 42 % des cas). Lorsqu'ils étaient désignés, les responsables relevaient de la direction de la santé pour 16 d'entre eux (sur un total de 18).

Surtout, deux tiers des stratégies prévues au plan n'ont donné lieu à aucune réalisation. Le tiers restant n'a parfois débouché que sur une réalisation partielle.

Malgré la modicité des résultats obtenus, le plan présentait un intérêt réel et pouvait servir de repère pour les décideurs, comme pour les professionnels. Les évaluateurs avaient fait la proposition de le proroger. Cette solution pertinente et à caractère conservatoire n'a pas été retenue. La Polynésie française n'a donc plus de plan pour la santé valide depuis 2005.

Cette décision implicite d'abandon du plan, ne laisse plus subsister comme document opposable, que le schéma d'organisation sanitaire, document à vocation opérationnelle, dont la matière est limitée aux activités et équipements liés à l'hospitalisation.

3.2. Les processus de planification et d'autorisation ne garantissent pas une régulation de l'offre

3.2.1 Le schéma d'organisation sanitaire

La carte sanitaire, qui préexistait au schéma d'organisation sanitaire (1983), se combine désormais avec lui, aux termes de la délibération n°2002-169 APF du 12 décembre 2002 qui l'a institué.

En pratique, et depuis la délibération n°92-96 du 14 mai 1992, la carte sanitaire demeure, à titre résiduel, pour fixer les secteurs sanitaires et la liste des moyens soumis à autorisation.

Le schéma répond principalement aux exigences suivantes, telles que définies par la délibération :

« Article 1er. — La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

A cette fin, la carte sanitaire détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population.

Le schéma d'organisation sanitaire fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire dans le respect de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

[...]

Art. 5.— Le schéma d'organisation sanitaire détermine l'organisation et la répartition territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, permettant la réalisation des objectifs fixés à l'article 1er de la présente délibération.

Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

[...]

Art. 25. — L'autorisation est accordée, selon les modalités fixées par l'article 24, lorsque le projet répond aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire [et] est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire et avec les schémas spécifiques si ces activités en dépendent. »

Le schéma d'organisation sanitaire est bien l'outil qui permet d'orienter les évolutions et de mettre en cohérence les activités de soins et les priorités du plan pour la santé. L'article 1^{er} de la délibération n°2002-169 prévoit d'ailleurs que la carte sanitaire et le schéma sont déterminés sur la base des orientations du plan pour la santé, qui malencontreusement n'existe plus.

Il relève même d'un certain volontarisme, puisque, destiné à rationaliser l'offre de soins par la recherche de « *la coordination et de la complémentarité des intervenants de l'offre de soins [...], il doit guider pour les cinq années à venir l'action des institutions et des professionnels de la santé, publics et privés* ». ²³

²³ Extrait de « l'édito » de Mme Armelle Merceron, ministre de la santé lors de la publication du schéma en 2003.

3.2.2. La méthodologie retenue

Initiés en 2001, les travaux relatifs à l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire ont mobilisé beaucoup de moyens.

Le pilotage, assuré par la direction de la santé, a tout d'abord consisté à visiter systématiquement toutes les structures de soins.

Il a été aussi fait appel à des experts extérieurs sur des sujets tels que la santé mentale, les urgences ou la cancérologie.

Les professionnels et les usagers ont aussi été consultés au sein de groupes de travail ou de réunions publiques.

Un état des lieux a été dressé comportant des données générales (démographie, état sanitaire, démographie médicale, caractéristiques des structures de soins et équipements libéraux, activité de ces structures en 2001, revue thématique des pathologies et de leur prise en charge hospitalière).

Ce travail très complet concurrençait directement le plan pour la santé et répétait pour l'essentiel ce qui y était décrit.

Sur le plan de la mise en œuvre du schéma, les ambitions affichées étaient grandes et révélaient un certain dirigisme.

Une fois concerté et adopté, le schéma est devenu l'outil majeur de la régulation de l'offre de soins.

A ce titre, il est la référence pour :

- l'approbation des projets d'établissements et des programmes d'action ;
- la délivrance des autorisations d'activité de soins ;
- l'allocation des ressources.

Parallèlement, il doit aussi servir de référence pour améliorer le système de soins libéral, et pour la négociation conventionnelle entre les professions de santé et la CPS, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

D'une façon générale, outre son rôle dans la régulation de l'offre de soins, le Schéma participe à une meilleure compréhension des impacts financiers des dépenses.

Il est donc l'outil de pilotage de la dépense et de l'organisation globale de la santé, la direction de la santé en étant le garant.

3.2.3. Le contenu du schéma d'organisation sanitaire

Le schéma d'organisation sanitaire comporte des objectifs généraux, puis une déclinaison par discipline et niveau de prise en charge géographique.

Objectifs principaux

Ils sont au nombre de quatre :

- assurer l'équité dans l'accès aux soins ;
- promouvoir la prévention et la santé ;
- améliorer la qualité des soins ;
- promouvoir un système d'information.

Ces objectifs sont relayés par la mise en place de programmes d'accompagnement de nature sanitaire ou non.

Par ailleurs, le schéma prévoit son suivi notamment par la Commission de l'organisation sanitaire.

Organisation des soins : cadre général et priorités organisationnelles

C'est la définition des niveaux de soins sur le territoire et la caractérisation de l'offre de soins attendue de chaque structure. Cette organisation, à la fois territoriale et par spécialité, doit permettre de structurer des filières de soins.

Prise en charge des besoins spécifiques

Le schéma reprend par discipline médicale un bref état des lieux, puis expose les évolutions attendues, de façon détaillée, y compris au plan de l'organisation. Ce sont quinze disciplines ou affections qui sont analysées et commentées.

Le schéma d'organisation sanitaire est un document dense et complet, qui entre parfois dans des détails surprenants à ce niveau. Dans sa démarche, il intègre des institutions qui n'entrent pas dans son champ de compétence direct, de même qu'il positionne les programmes de prévention dans chacun de ses volets.

3.2.4. La mise en pratique du schéma d'organisation sanitaire

Le schéma a fait l'objet d'une évaluation présentée en Commission d'organisation sanitaire en mai 2008. A cette date, le schéma n'était d'ailleurs plus valide puisqu'il expirait en décembre 2007.

Toutefois, une délibération n°2008-75 APF du 8 décembre 2008 en a prorogé la durée pour cinq ans. Cette prorogation pure et simple n'amène évidemment aucune modification du document.

Par conséquent, sauf révision en cours de cycle, les hypothèses du schéma continuent de prévaloir : de 2001, date des premiers travaux, jusqu'en 2012, ses données resteront a priori inchangées.

Sur les grands objectifs, le schéma d'organisation sanitaire n'a pas suffisamment rempli son rôle d'adaptation de l'offre de soins et des moyens par une répartition optimale des ressources.

L'augmentation des moyens a bénéficié surtout au secteur hospitalier, et principalement au CHPF.

L'écart entre les Îles du Vent et le reste de la Polynésie française s'en est donc trouvé accru.

En 2002, l'ouverture du nouvel hôpital de la Polynésie française était prévue pour 2005 et devait servir de pivot pour assurer la rationalisation de l'ensemble du système de santé. Or, le nouvel hôpital n'a été ouvert qu'en novembre 2010.

Le schéma avait prévu de placer l'utilisateur au cœur du dispositif. Les usagers ont peu ou pas participé aux travaux, notamment de la commission d'organisation sanitaire. En revanche, dans le processus de l'examen des demandes d'autorisations d'activités, il a été tenu compte de leur consultation ou non dans l'élaboration des dossiers de demandes.

En ce qui concerne la mise en œuvre du schéma lui-même, il convient de relever qu'il n'a pas servi de cadre aux différentes négociations entre les acteurs, et principalement, à l'occasion de la mise en place des financements d'activités nouvelles.

De même, le schéma n'a jamais été utilisé lors des négociations conventionnelles.

Les projets d'établissements ont grosso modo suivi le cadre tracé par le schéma, à l'exception de celui du CHPF qui s'en est longtemps affranchi.

Un bilan détaillé des actions prévues au schéma montre que sur 162 objectifs, seulement 33 ont été pleinement réalisés.

Les ambitions affichées n'ont donc pas été atteintes, le schéma d'organisation sanitaire n'étant pas considéré dans son rôle essentiel de régulation de l'offre de soins.

3.2.5. Le ministère de la santé ne valorise pas le dispositif d'autorisation des activités de soins

3.2.5.1. Le régime des autorisations

L'arrêté n° 284 CM du 10 mars 2003 fixe les procédures d'autorisation en application de la délibération n° 200-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire.

Le schéma d'organisation sanitaire définit la liste des activités ou équipements soumis à autorisation. L'article 17 de la délibération précitée couvre notamment la totalité du champ de l'hospitalisation qu'il s'agisse de création, de regroupement ou de transfert d'activités.

Les autorisations sont délivrées pour une période déterminée, variable selon le type d'activité, afin de tenir compte des durées d'amortissement ou des conditions de mise en œuvre de la technique ou de l'activité.

De même, les demandes de renouvellement des autorisations donnent-elles lieu à une procédure faisant intervenir une évaluation préalable à la décision prise par le Président de la collectivité d'outre-mer.

Les demandes d'autorisation ou de renouvellement sont déposées par les promoteurs au cours de périodes déterminées. Ces périodes, d'une durée de deux mois, sont précédées par la publication d'un bilan des activités de soins ou médico-techniques pour lesquelles le schéma détermine qu'il subsiste des besoins non satisfaits.

Les dossiers présentés par les promoteurs exposent leurs motivations, les données médico-économiques du dossier, et leur engagement à respecter un certain nombre d'obligations tenant à la conformité aux normes techniques de fonctionnement et au respect des caractéristiques de ce qui sera autorisé.

Ils s'engagent d'une façon générale à évaluer leur activité et à rester conformes au dossier autorisé, ainsi qu'aux normes techniques de fonctionnement, lorsqu'elles existent.

Les décisions prises par arrêté du Président de la Polynésie française (13 en 2006, 16 en 2009) sont au préalable, et à titre consultatif, soumises à la commission de l'organisation sanitaire.

Une fois délivrées, les autorisations valent de plein droit autorisation de fonctionner, « *sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité (...) et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de la réglementation en vigueur* ». ²⁴

Enfin, l'autorisation et la conformité acquises, le titulaire doit aussi respecter des engagements de niveaux de dépenses et de volumes d'activités.

Le non respect de ces engagements multiples peut conduire à la prise de sanctions administratives, telles que la suspension ou le retrait de l'autorisation. Une amende est créée pour sanctionner d'éventuelles violations des règles découlant du régime des autorisations, mais cette sanction ne vise que les établissements privés.

Les infractions peuvent être constatées à l'occasion de visites périodiques effectuées par des agents assermentés de la direction de la santé.

3.2.5.2. Un dispositif insuffisant dans sa conception comme dans sa mise en œuvre

Ce dispositif complexe et nécessaire pour assurer la cohérence entre les préconisations du schéma d'organisation sanitaire et les activités, s'avère insuffisant et ne permet pas la maîtrise par les autorités de la réalité des activités, de leur coût, de leur qualité ni de leur niveau de réalisation.

En premier lieu, le montage institutionnel encadrant le processus décisionnel est critiquable, dans la mesure où il comporte une confusion des rôles et des responsabilités conduisant à des incompatibilités. Le ministre de la santé est tout à la fois l'autorité qui décide

²⁴ Article 26 de la délibération n° 2002-169 APF.

des autorisations, le président de la commission de l'organisation sanitaire et, subsidiairement, le chef de service de formations sanitaires et hôpitaux territoriaux, eux-mêmes soumis à la réglementation.

En second lieu, la périodicité de l'engagement des procédures est aléatoire et nettement insuffisante. Sur une période de 7 années, depuis la publication de la délibération de 2002, deux « fenêtres » de dépôt de dossiers seulement ont été ouvertes. Cette fréquence peu élevée et le caractère aléatoire de ces décisions ne favorisent pas l'atteinte des objectifs tels qu'ils sont énoncés dans la délibération elle-même :

«La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ».

Il n'est d'ailleurs pas surprenant de constater que l'essentiel des décisions consiste à procéder à des régularisations de l'existant.

En troisième lieu, le dispositif d'autorisation s'avère aussi insuffisant, pour la direction de la santé, du fait de la difficulté à s'assurer de la conformité des activités aux engagements pris.

La visite de conformité revêt une grande importance, dans la mesure où elle représente l'opportunité de vérifier sur pièce et sur place la réalité du respect des divers engagements pris par le titulaire de l'autorisation.

L'examen des procédures récentes en montre cependant les limites et souligne les difficultés à passer de la délivrance d'autorisations au contrôle de leur conformité.

La plupart des titulaires d'autorisations ne demandent pas spontanément la visite, estimant que la délivrance de l'autorisation suffit. De fait, la CPS finance des activités de soins et d'hospitalisation indépendamment du processus d'autorisation. Le caractère préalable de la visite, pour autant qu'elle soit positive, perd tout son intérêt, puisque les facturations ne sont pas rejetées. Cette pratique est d'autant plus facilitée que les autorisations concernent des régularisations d'activités existantes.

L'état d'impréparation des structures au respect des règles conduisant à la conformité a conduit les contrôleurs à pratiquer des contrôles successifs et étalés sur plusieurs mois. Si l'on comprend ce pragmatisme, on peut néanmoins estimer que les dispositions de l'article 35 de la délibération n° 2002-169 sont largement contournées. Cela conduit à limiter la portée de l'ensemble du dispositif et, le cas échéant, à laisser en activité des établissements non conformes sur des périodes longues, puisqu'aucun délai limitatif n'est réellement posé pour parvenir à la conformité.

Dans son courrier en date du 26 mai 2008, adressé au directeur du CHPF, le ministre de la santé, tout en reconnaissant la non-conformité de l'hôpital de MAMAŌ à la réglementation applicable aux établissements recevant du public, introduisait une notion nouvelle de fonctionnement dérogatoire des établissements non conformes. Cette tolérance d'insuffisances parfois graves met en échec l'ensemble des dispositions régissant la sécurité et la conformité prévues par la délibération de 2002.

La recherche éventuelle des responsabilités en cas d'accident lié aux insuffisances ainsi tolérées ne pourra que mettre en évidence le consensus entre les décideurs et les gestionnaires des structures sanitaires concernées.

Enfin, le contrôle du dispositif d'autorisation pêche par l'absence de vérification de la cohérence entre les activités figurant dans l'autorisation, et leur réalité, tout au long de la durée d'exécution de cette autorisation.

En effet, l'article 27 de la délibération de 2002, prévoit :

« L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge des régimes territoriaux de protection sociale ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation suivant les modalités fixées à l'article 30 ».

Ces dispositions ont pour objectif de préciser le niveau d'activité permis par cette autorisation, tant en volume (actes, journées), qu'en valeur (dépenses générées par les activités). Elles doivent établir un lien entre les données du schéma d'organisation sanitaire (prévisions d'activité nécessaires à la population), leur mise en pratique, et les dépenses mises à la charge des payeurs.

En réalité, aucune remontée d'information structurée n'est organisée, et les suivis nécessaires ne sont pas effectués.

Bien plus, les dispositions prévues par les autorisations peuvent être contredites lors des discussions budgétaires avec la CPS.

C'est ainsi qu'un promoteur a pu obtenir de l'organisme payeur pour 2006 une dotation majorée de 30 % d'une année sur l'autre en invoquant un accroissement d'activité que les capacités autorisées ne pouvaient lui permettre.

Cette situation, qui a peu évolué depuis 2006, est encouragée par le faible développement du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) par les établissements, et, en symétrie par le faible niveau d'exigence des payeurs sur son exhaustivité et sa qualité.

En tout état de cause, le financement des établissements apparaît comme étant déconnecté de la législation en vigueur, ce qui affaiblit considérablement l'ensemble du dispositif réglementaire.

3.2.5.3. Bilan de la mise en pratique du dispositif

Alors que les textes posant les règles applicables en la matière datent de décembre 2002 pour le régime des autorisations et de mars 2003 pour les arrêtés pris en application de la délibération, la première réunion de la Commission de l'organisation sanitaire (COS) n'a été tenue qu'en mars 2006. Une seconde réunion s'est tenue en mai 2009. Ces deux réunions ont été précédées chacune de la publication d'un bilan préalable au dépôt des dossiers de demandes d'autorisation :

Publication du premier bilan préalable au dépôt des dossiers

Un premier bilan a été publié par arrêté du 28 juillet 2005. Il faisait état des capacités théoriquement souhaitables, des capacités installées et, par conséquent des écarts, en déficit ou en excédent :

Discipline		Besoins théoriques	Installés	Ecart
Médecine	Lits	303	312	9
	Places	36	14	-22
Chirurgie	Lits	198	197	-1
	Places	31	7	-24
Obstétrique	Lits	145	161	16
	Places	36		-36
Soins de suite	Lits	102	0	-102
Rééducation fonctionnelle	Lits	94	70	-24
	Places	10	2	-8
Longue durée	Lits	74	17	-57
Psychiatrie adulte	Lits	84	65	-19
	Places	233	173	-60
Psychiatrie Infanto juvénile	Lits	25		-25
	Places	91	15	-76

La récapitulation de ces données permet de constater un déficit global de 203 lits et de 226 places. Les déficits intéressent massivement les lits de soins de suite et de psychiatrie. Les places, unités de compte des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète, sont elles aussi en déficit.

La première réunion de la COS de mars 2006 a permis d'examiner des dossiers qui concernaient, pour l'essentiel, la régularisation de la situation de promoteurs pour des activités déjà créées, et, marginalement, l'autorisation de nouvelles activités ou de nouveaux équipements (un scanner privé).

La chambre relève que l'hôpital de Moorea n'a toutefois pas présenté de dossier permettant à l'autorité administrative de statuer sur une demande d'autorisation de ses capacités. Il n'est donc pas a priori habilité à présenter des facturations à la CPS. Il en était de même pour celui des Marquises, jusqu'en 2009.

Après la première réunion de la COS en 2006, une seule autre séance s'est tenue en 2009 pour examiner des dossiers de demande d'autorisation.

Un nombre appréciable d'équipements lourds et d'activités, permis par le schéma d'organisation sanitaire, n'ont pas fait l'objet de dépôt de dossier.

En omettant d'actualiser le schéma d'organisation sanitaire et de réunir régulièrement la commission de l'organisation sanitaire, le ministre de la santé se prive d'un outil qui lui donnerait la connaissance des besoins et de l'existant et limite de lui-même sa capacité à décider.

3.2.6. Certaines activités, régies par des dispositions spécifiques, ne sont pas bien appréhendées par les services chargés de leur instruction

Le développement important du nombre de laboratoires de biologie médicale constitue l'une des caractéristiques de l'évolution récente de l'offre de soins et de diagnostic en Polynésie française.

Par ailleurs, l'ouverture annoncée de l'hôpital du Taaone va modifier très sensiblement les choses, dans la mesure où cet établissement disposera d'une chaîne robotisée dont le potentiel de traitement des échantillons va imposer un redéploiement des capacités et des spécialités, dans le secteur public tout au moins.

Il est donc paradoxal de constater que les plus grosses unités de biologie médicale, qui sont implantées au CHPF et à l'Institut Louis Malardé (ILM), échappent à toute procédure d'autorisation, en contradiction avec la réglementation applicable en Polynésie française.

Les activités de biologie médicale sont en effet régies par un texte particulier datant de 1988²⁵. Ce texte définit les conditions d'autorisation et de fonctionnement des laboratoires quel que soit leur statut.

Si l'ancienneté de ses dispositions rend souhaitable son actualisation, ce texte n'en demeure pas moins la seule norme juridique opposable. Les interrogations de la direction de la santé sur le droit applicable n'ont donc pas lieu d'être, et il est indispensable que la demande récemment formulée par l'Institut Louis Malardé en vue de l'autorisation de ses laboratoires soit instruite sans délai.

De même, il serait judicieux d'inviter le représentant légal du CHPF à formuler une telle demande, ce qui fournirait aussi l'occasion à l'autorité de tutelle de prendre connaissance des intentions de chaque promoteur concernant ses prévisions d'activité dans le domaine de la biologie médicale.

3.3. Une administration fragile, assurant des missions opérationnelles qui ne devraient pas relever d'elle, et ne possédant pas de compétence générale sur le financement de la santé

3.3.1. L'administration de la santé est affectée par la grande instabilité des titulaires de la fonction ministérielle

La période sous contrôle a vu se succéder dix ministres de 2003 à novembre 2009²⁶, contre seulement quatre²⁷ lors de la période précédente, deux fois plus longue, de 1991 à 2003.

²⁵ Délibération n°88-154 AT du 20 octobre 1988.

²⁶ Mme MERCERON, Mme VANIZETTE, M. RAYNAL, Mme FAATOMO, M. IENFA, M. TETARIA, M. IENFA, M. RAYNAL, M. BERTHOLON et M. IENFA.

²⁷ M. DROLLET, M. BULLARD, M. HOWELL et Mme MERCERON.

Pour un même titulaire, la durée minimale d'exercice aura été de 2 mois, et la durée maximale de 21 mois, parfois sous deux gouvernements successifs.

La durée moyenne d'exercice des fonctions étant de 6 mois, on mesure le handicap majeur que représentent ces changements rapprochés des titulaires de la responsabilité ministérielle, mais aussi de leurs collaborateurs proches.

De plus, s'ajoutant à cette instabilité, des variations importantes ont affecté les missions déléguées au ministre.

Si la santé en reste l'élément permanent de la délégation, le champ de compétence, se réduit au fil du temps. En 2003, le ministre avait pour mission d'élaborer les règles relatives à la protection sociale. Chargé de la santé, il avait aussi compétence sur la déconcentration de l'administration et exerçait la tutelle sur le principal financeur de la santé, la Caisse de prévoyance sociale (CPS). Son successeur, s'il s'est vu retirer toute compétence sur la protection sociale et la tutelle sur la CPS, a exercé des missions nouvelles sur les secteurs de la famille, de la promotion de la femme, de la solidarité, de la vie associative et des loisirs.

A compter de 2004, les compétences du ministre ont été recentrées sur la santé, même si ont pu y être ajoutés d'autres domaines tels que la politique de la ville, ou plus récemment l'environnement. Mais la compétence sur le financement de la santé n'est plus rattachée à ce ministère depuis 2004.

Les moyens opérationnels affectés au ministre ont varié en conséquence et celui-ci, selon les périodes, a disposé au maximum d'une direction et de 7 services ou délégations, et au minimum, de la seule direction de la santé.

Ces fluctuations importantes et fréquentes ont rendu difficile l'instauration de liens effectifs du titulaire de la fonction ministérielle avec les services.

3.3.2. Le cadre réglementaire définit pour la direction de la santé des missions nombreuses et parfois contradictoires entre elles

La délibération du 1^{er} juin 1992 assigne à la direction de la santé un objectif de réalisation, par tous les moyens mis à sa disposition, des objectifs de santé publique déterminés par les pouvoirs publics (article 1)²⁸.

On relèvera qu'il s'agit davantage d'une pétition de principe que de la définition d'une mission précise, les moyens n'étant pas indiqués, et les objectifs de santé publique n'étant plus définis depuis l'abandon du plan pour la santé.

Il est aussi indiqué que ce service est chargé à la fois de coordonner, de mettre en œuvre et de contrôler les activités concourant à la réalisation des objectifs et qu'il assure la gestion financière, administrative et technique des structures sanitaires de santé publique.

²⁸ L'arrêté n°673 CM du 15 avril 2004, modifié par l'arrêté n° 340 CM du 6 juin 2005, détaille l'organisation du service de la direction de la santé, et précise le contenu de certaines de ses activités, ou compétences.

La création de ce service territorial consacre donc un cumul d'activités dont on peut estimer qu'elles ne sont pas forcément compatibles entre elles, en procédant au rattachement à une même autorité, de compétences d'édition de règles, de contrôle de leur application, et dans le même temps de gestion directe de structures soumises à ces règles et contrôles.

Ce conflit d'intérêt revêt parfois des aspects cocasses, lorsque, par exemple, le directeur de la santé s'adresse à son ministre pour déplorer la non-conformité des hôpitaux périphériques rattachés à sa direction et souligner implicitement l'inertie de sa propre administration.

Il suscite aussi des questions quant au caractère réellement contraignant des règles régissant le fonctionnement des établissements de soins ou à la crédibilité de l'action publique sur des aspects aussi fondamentaux que le respect des normes de fonctionnement, ou des engagements pris lors des procédures d'autorisation d'activités.

On relèvera encore le caractère extensif de la définition donnée à la santé, puisqu'elle recouvre les aspects préventifs et curatifs de la santé humaine, mais aussi l'hygiène publique, en incluant des tâches très disparates, telles que le contrôle de la qualité des eaux, l'examen des permis de construire sous l'angle de l'assainissement des eaux usées ou la délivrance d'autorisations de vendre des pesticides.

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

Cette restriction résulte d'une part du contenu même de la délégation consentie par le président de la Polynésie française à son ministre, qui ne détient plus de compétence sur le financement de la santé, et d'autre part, des compétences, elles-mêmes limitées, de la collectivité d'outre-mer sur ces questions.

Le champ d'action direct du ministère de la santé recouvre l'édition des règles applicables à la santé et leur contrôle ainsi que la gestion de structures territoriales. Il assure de plus la tutelle administrative d'un certain nombre d'établissements publics, le principal étant le CHPF.

Le régime des tutelles est précisé dans chaque texte organisant le fonctionnement et la gestion de ces structures, ce qui ne fonde pas un mode unique d'intervention de l'exécutif dans ce type de contrôle. C'est ainsi que s'agissant de la tutelle exercée sur les délibérations budgétaires du CHPF, celles traitant du budget sont transmises pour approbation du conseil des ministres aux termes de l'arrêté n°999 du 12 septembre 1988, alors que celles déterminant les prix de journées sont considérées comme relevant de l'article 90 alinéa 18 de la loi organique de 2004 qui donne au conseil des ministres la compétence directe pour « *fixer le montant des prestations au titre des différents régimes de protection sociale* ».

En revanche, la tutelle sur la CPS est exercée par le ministre de la solidarité et de la famille. Mais il s'agit là d'un « pur contrôle de légalité²⁹ » qui ne permet pas d'asseoir une stratégie d'encadrement des dépenses, les arbitrages étant rendus dans le cadre de discussions conventionnelles.

²⁹ Rapport définitif de la Cour des comptes sur les comptes et la gestion de la CPS (p 7).

Le manque de pilotage régulier et continu au niveau politique met l'administration de la santé en difficulté et la conduit à privilégier un fonctionnement de routine, ne disposant pas d'un cadre d'action garanti et pérenne.

De plus, l'appareil administratif connaît aussi des carences propres qui réduisent sa performance.

3.3.3. La gestion des ressources humaines doit être améliorée

Les effectifs les plus qualifiés sont déficitaires et instables. La volatilité des membres des cabinets n'est pas compensée par une stabilité des effectifs des personnels qualifiés chargés de la conception et du pilotage de l'ensemble des règles et structures dépendant de la direction, comme le soulignait le ministre de la santé, le 14 mai 2009 : *«Les effectifs de la direction de la santé se caractérisent par un niveau d'encadrement faible ainsi que par une situation contractuelle précaire»*.

De fait, au vu des états fournis par la direction des ressources humaines (DRH), la situation au 15 octobre 2009 faisait ressortir les caractéristiques suivantes :

- le directeur de la santé avait été nommé par arrêté en conseil des ministres en juillet 2009 ; le poste de directeur adjoint était vacant ;
- le poste de responsable du bureau de la veille sanitaire était pourvu depuis juin 2008 par un médecin détaché pour 2 ans ;
- le poste de responsable du bureau des affaires juridiques était pourvu depuis novembre 2007 par un fonctionnaire détaché pour 2 ans ;
- le poste de responsable du département « programmes de prévention » n'avait pas de responsable (jusqu'en décembre 2009) ; le bureau des maladies liées au mode de vie n'avait pas non plus de responsable ; le médecin chargé du programme de dépistage des cancers gynécologiques avait obtenu sa mutation vers un établissement public ;
- le responsable du département administratif et financier était un fonctionnaire détaché depuis septembre 2009 et pour 2 ans ;
- le chef de service du bureau des ressources humaines était un agent contractuel recruté depuis le mois de janvier 2009 et, a priori, pour une durée de 18 mois ;
- seul le département « planification et organisation des soins » avait comme responsable un médecin détaché arrivé dans le service en mai 2002, ayant par conséquent une ancienneté supérieure à 2 ans.

A l'analyse, on constate que les agents titulaires de la fonction publique de la Polynésie française sont minoritaires dans ces postes de responsabilité et que le recours à des fonctionnaires ou praticiens hospitaliers métropolitains, en détachement, constitue une pratique palliative qui ne garantit pas suffisamment la stabilité dans les fonctions d'encadrement.

De plus, ces détachements sont réalisés dans les conditions statutaires et de rémunération propres aux corps d'origine des intéressés, ce qui crée des disparités importantes,

notamment de rémunération, les emplois correspondants de la fonction publique territoriale ne comportant pas de tels niveaux indiciaires.

Faute d'avoir positionné les emplois administratifs d'encadrement à des niveaux de rémunération compétitifs, la Polynésie française procède donc, in fine, à des recrutements extérieurs onéreux.

Une politique beaucoup plus volontariste devrait être conduite, comportant des objectifs chiffrés, pour permettre la constitution d'une fonction publique locale qualifiée et stable.

Cette politique ne serait d'ailleurs pas du tout incompatible avec l'intégration de fonctionnaires titulaires ou praticiens hospitaliers français qui le souhaiteraient.

A cet égard, une modification statutaire serait souhaitable, les dispositions du statut relatives aux procédures d'intégration ne visant que les personnels ANFA. A défaut, ou de façon cumulative, il pourrait être admis que les détachements soient de longue durée, et non soumis à renouvellement tous les deux ans, comme c'est le cas général.

La répartition des effectifs entre services et par qualifications n'est pas non plus optimale. Les données suivantes datent de novembre 2008 et sont extraites du rapport de l'IGA d'avril 2009, sur l'organisation de l'offre de soins :

« La direction de la santé représente environ 20 % des effectifs de l'administration du pays. C'est avec la direction de l'équipement l'un des deux plus importants services administratifs en personnel.

La répartition géographique des postes budgétaires est la suivante :

<i>TOTAL</i>	<i>IDV</i>	<i>ISLV</i>	<i>AUST</i>	<i>MARQ</i>	<i>TG</i>
<i>1181</i>	<i>655</i>	<i>249</i>	<i>49</i>	<i>126</i>	<i>102</i>

En matière de statuts, ces postes sont répartis comme indiqués ci-dessous :

<i>TOTAL</i>	<i>CEAPF</i>	<i>FEDA</i>	<i>ANFA</i>	<i>FPT</i>
<i>1181</i>	<i>85</i>	<i>19</i>	<i>265</i>	<i>812</i>

La répartition par filière des 812 postes FPT est la suivante :

<i>TOTAL</i>	<i>FAF</i>	<i>FT</i>	<i>FSE</i>	<i>FSR</i>
<i>812</i>	<i>109</i>	<i>114</i>	<i>18</i>	<i>571</i>

Sur les 1181 postes, 809 sont occupés par du personnel médical et paramédical, soit 68 % et 190 par du personnel administratif, soit 16 % ».

En juillet 2009, 129 postes permanents étaient occupés par des agents non titulaires (article 641-31), essentiellement de la filière santé (88 postes, dont 55 postes de médecins). Par ailleurs, 78 agents occupaient des emplois temporaires (article 641-32). Enfin, 45 postes restaient vacants, dont 9 postes de médecins et 14 postes d'infirmiers.

Dans un domaine où la question des effectifs est cruciale, le positionnement du bureau des ressources humaines dans l'organisation administrative de la direction de la santé est essentiel.

En effet, le département des ressources humaines, devenu bureau, cristallise la plupart des insatisfactions de ses interlocuteurs, qu'il s'agisse des responsables hospitaliers ou des subdivisions, des candidats à un emploi, des agents en poste ou des autres échelons de l'administration de la Polynésie française.

Or, ce bureau souffre lui-même moins d'un manque d'effectifs que d'un déséquilibre entre les emplois de catégories A et B et les emplois moins qualifiés qui sont les plus nombreux.

Par ailleurs, le responsable de ce bureau pâtit d'un positionnement peu avantageux dans la chaîne de décision.

D'une façon générale, les tâches dévolues à chaque niveau d'intervention ne sont pas précisées et le passage de documents à plusieurs stades de contrôle ne produit d'autre effet que de rallonger le circuit, sans aucune intervention déterminante, ni sur la forme, ni sur le fond.

Ceci a pu se vérifier notamment pour le traitement des heures supplémentaires et l'indemnisation des gardes et astreintes des personnels médicaux des établissements périphériques.

Cette situation est d'autant plus regrettable que l'organisation du travail dans les hôpitaux, régie par les statuts des praticiens et des personnels territoriaux, génère des rémunérations accessoires importantes. En effet, les définitions des services de jour et de garde, ainsi que le type de roulement horaire prévu par ces statuts, renchérissent le coût du travail, et compliquent les tâches liées à la gestion des éléments variables de paie qui en découlent.

L'extrême rigueur découlant de la succession des niveaux de contrôle n'aboutit, dans le meilleur des cas, qu'au respect de la réglementation, aucune efficacité de la gestion n'étant recherchée.

Le bureau du personnel n'a pas non plus la maîtrise de la gestion des effectifs. Il ne se voit pas déléguer la gestion de crédits et n'est donc pas un gestionnaire de dépenses. Il est l'exécutant des arbitrages rendus par le ministre du budget et ne gère, au mieux, que des effectifs en volume, tout en ignorant les aspects budgétaires de sa gestion. Cette organisation présente l'inconvénient de ne pas inciter les gestionnaires à optimiser les coûts, dans la mesure où la réalité des dépenses ne leur apparaît pas. On peut aussi avancer que ce manque de visibilité budgétaire ne favorise pas l'adhésion des personnels aux politiques menées, surtout lorsqu'elles supposent des restrictions.

Les besoins de santé évoluant dans un contexte de contrainte budgétaire forte, et tous n'étant pas satisfaits dans des conditions équivalentes, il serait utile d'engager un travail sur les caractéristiques des effectifs, leur remodelage éventuel, pouvant conduire à pratiquer des redéploiements.

Toutefois, la gestion des personnels de santé suppose un certain degré d'autonomie du ministère en charge de ce secteur. Le cadre actuel d'exercice des compétences a le mérite d'assurer une maîtrise quantitative et globale des effectifs de la collectivité d'outre-mer. Il ne garantit en rien la qualité des recrutements, leur adaptation aux besoins ou leur stabilité dans le temps. Il n'incite pas à la responsabilisation des différents cadres de la direction de la santé et ne permet pas de développer des outils de gestion déconcentrés des personnels.

3.3.4. Les dépenses propres au ministère de la santé sont stables, mais difficiles à cerner

Le tableau fourni en annexe IV récapitule les dépenses de fonctionnement du ministère de la santé mandatées sur la période 2004/2008, qui s'élèvent à environ 10 MdF CFP par an, dont 5,9 à 6,9 MdF CFP au titre du personnel.

Les variations des montants globaux (avec même une stabilisation des dépenses en 2008) résultent en grande partie de modifications de nomenclature comptable (2007) ou de modifications des règles d'imputation de certaines dépenses.

3.3.4.1. La connaissance des dépenses par structure sanitaire est difficile à appréhender

Il est assez difficile de suivre dans le temps l'évolution des dépenses, tant la nomenclature des centres de travail a pu changer (cf. annexes V et VI).

De plus, les imputations restent incertaines. Ainsi, par exemple, si le centre de la mère et de l'enfant préexiste à 2007, il n'est individualisé qu'à compter de cette date au centre de travail 801 qui était jusqu'en 2006 celui de la médecine préventive. En examinant les dépenses de ce centre de travail 801 en 2005 et 2006, il apparaît qu'il comprend une partie seulement des dépenses du centre de la mère et de l'enfant. Auparavant, les dépenses étaient réparties entre les centres de travail 8013 à 8015. Pour autant, la somme des dépenses de ceux-ci en 2005 et 2006 est loin d'être au niveau de celle des dépenses du centre de travail 801 à compter de 2007. De plus, les centres de travail 8013 à 8015 ont subsisté après l'apparition du centre 801, et les dépenses qui y ont été imputées sont loin de chuter à compter de 2007. Elles augmentent même pour le centre de travail de la protection infantile (CT 8014). Ainsi, il n'est pas possible de connaître avec précision les dépenses du centre de la mère et de l'enfant.

Une plus grande rigueur et une plus grande permanence dans ces imputations budgétaires par centre de travail s'impose, afin d'appréhender de façon plus exhaustive le coût des missions remplies par la direction de la santé.

3.3.4.2. La consommation des crédits à la direction de la santé

Selon les comptes administratifs 2004 à 2008, la consommation des crédits de paiement en fonctionnement a été la suivante (dépenses directes uniquement) :

(en KF CFP)	2004	2005	2006	2007	2008
Crédits ouverts (BP + DM)	3 242	3 486	3 787	3 450	3 296
Dépenses mandatées + engagées non mandatées ³⁰	2 357	2 485	3 007	3 164	3 005
Taux de consommations des crédits	72,7 %	71,3 %	79,4 %	91,70 %	91,16 %

³⁰ Sauf 2007 et 2008, mandatées uniquement.

Ainsi, en revenant en 2007 et 2008 à un niveau de crédits ouverts équivalent à celui respectivement de 2005 et 2004, tout en maintenant un niveau de consommation de ces crédits proche de celui atteint en 2006, la direction de la santé a nettement amélioré son taux de consommation des crédits budgétaires.

Mais ces pourcentages sont des moyennes pour l'ensemble des centres de travail, cachant de grandes disparités d'un centre à l'autre :

- parmi les centres de travail ayant peu engagé par rapport aux crédits subdélégués, figurent la formation continue (49 %³¹) et les opérations de fonctionnement liées au contrat de projet (0 %, sur 97,5 MF CFP de crédits subdélégués) ;
- a contrario, les centres de travail ayant engagé la totalité des crédits qui leur ont été subdélégués sont :
 - le centre d'assistance médico-sociale précoce (CAMSP) pour plus de 3 MF CFP ;
 - le centre d'hygiène mental infanto-juvénile pour plus d'1 MF CFP ;
 - la subdivision des Tuamotu-Gambier pour 80 MF CFP ;
- beaucoup d'autres centres de travail sont près de l'engagement total des crédits (12 centres de travail entre 96 à 99 %) qui leur ont été subdélégués. Parmi ceux-ci figurent à 99 % :
 - les services centraux de la direction de la santé ;
 - hygiène scolaire ;
 - protection infantile ;
 - subdivision des îles Sous-le-Vent.

Ces consommations quasi-totales de crédits subdélégués pour de nombreux centres de travail sont cependant à relativiser, car au 3 août 2009, seuls 71 % des crédits de paiement ouverts au chapitre 970 – santé – étaient engagés.

Pour la consommation des crédits de personnel, la situation est toutefois différente.

A la lecture des comptes administratifs 2007 et 2008, il apparaît que la "consommation" des crédits de personnel du secteur santé dépasse les 100 % (respectivement 109,81 % et 114,11 %)³², alors que pour les exercices précédents, elle ne dépassait jamais ce seuil.

La direction des finances de la Polynésie française précise qu'à l'exécution des budgets 2007 et 2008, les modalités de gestion des crédits étaient les suivantes:

- concernant l'article 641-3 "personnel non titulaire", le ministre chargé des finances avait donné instruction au contrôle des dépenses engagées de raisonner en masse globale; ainsi, même lorsque l'enveloppe prévue à l'article 641-3 était dépassée, tant qu'il y avait des crédits au sous-chapitre 962-02 "Rémunérations", le contrôleur des dépenses engagées (CDE) acceptait les projets de contrats de travail à durée déterminée soumis à son visa;

³¹ Au 7 octobre 2009, l'engagement des crédits subdélégués était de 53%.

³² Le vote des crédits de la Polynésie française se faisant au niveau des chapitres, seules l'inscription des crédits et leur consommation au niveau du chapitre 962 "Dépenses de personnel" prévalent. Dès lors, le comptable public est autorisé à payer même en cas de dépassement sur les sous-chapitres concernant le ministère de la santé (970-01 à 03).

- pour les heures supplémentaires, il n'y avait pas d'enveloppes définies en début d'année; les crédits étaient alloués par le ministre chargé des finances (notification par le CDE) en fonction des demandes des services.

La consommation des crédits s'effectue donc sans que des règles bien établies entre les différents niveaux de décision (formation sanitaire, bureau du personnel, CDE, direction des finances,...) permettent une gestion réactive. On peut craindre en effet que dès lors que des décisions à caractère sélectif seraient à prendre, les informations disponibles se révèlent insuffisantes.

3.3.5 .Le système d'information est inachevé

La Polynésie française s'est engagée très tôt dans une démarche ambitieuse d'informatisation du dossier médical et des relations entre les professionnels de santé : le réseau de santé informatisé (RSI), devenu réseau de santé de Polynésie ou polynésien (RSP), puis réseau santé informatisé polynésien (RSIP).

Le RSIP a vocation à centraliser et à informatiser les données médicales de la population polynésienne et à mettre en place un système d'échange de documents électroniques entre les professionnels de santé et les systèmes informatiques des structures de santé de la Polynésie française, qu'il s'agisse des établissements de soins, des praticiens privés ou publics et des laboratoires d'analyse.

Le RSI s'inscrivait dans le contexte du projet «METUA» lancé en 1997-1999, consistant dans le développement d'un projet multimédia sur l'ensemble des cinq archipels, s'intégrant dans le cadre des Nouvelles Technologies de l'Information et des Communications (NTIC). Dans le même temps, l'augmentation annuelle des dépenses d'assurance maladie, qui représentaient en 2003 près de 55 % des 72 MF CFP consacrés à la protection sociale généralisée, contraignait les partenaires sociaux, les acteurs de santé et les pouvoirs publics à s'engager dans une démarche de prévention de l'augmentation de ces dépenses.

Ce projet, qui anticipait les évolutions futures, et qui, par ailleurs, était tout à fait adapté au contexte démographique et géographique de la Polynésie française est, plus de dix ans après son démarrage, à la recherche des moyens susceptibles de le faire aboutir.

La période la plus récente est en effet marquée par la commande d'audits dont l'objet principal est de déterminer l'état d'avancement du projet.

Par lettre de mission n°2332/PR du 11 juin 2008, le président de la Polynésie française a en effet demandé à l'inspection générale de l'administration (IGA) de réaliser une enquête administrative sur le réseau santé informatisé polynésien (RSIP). Le rapport d'enquête de l'IGA du 17 octobre 2008 reprend de façon détaillée l'historique du projet, les difficultés ayant conduit à sa mise en place partielle, et fait quelques propositions pour le relancer et le généraliser.

Parallèlement, en septembre 2008, le ministère de la santé de la Polynésie française a confié à la société IBM une mission d'audit technique du RSIP, ayant pour but de décrire l'architecture actuelle, les éléments de dimensionnement de la solution cible et de proposer des axes d'amélioration. L'audit constate que la solution actuelle retenue pour le RSIP est en phase pilote et qu'il convient de l'industrialiser pour passer au stade de la production.

Pour donner suite à ces deux rapports, le ministère de la santé a chargé en décembre 2008 le cabinet d'audit SIS CONSULTING d'une mission dénommée « assistance à l'élaboration du schéma directeur stratégique du système d'information de santé de la Polynésie française » (coût total prévu : 19 880 669 F CFP HT). L'objectif de sa démarche était « *d'élaborer un plan d'actions réaliste pour les 5 à 7 ans à venir, tenant compte de l'expérience du RSIP, mais également d'expériences dans d'autres pays (France et Québec notamment) et surtout prenant en compte le nouveau contexte technologique et tout particulièrement l'arrivée de l'Internet haut débit avec le projet Honotua* ».

La première étape de cet audit a consisté à faire un bilan du projet RSIP, en ayant une approche complémentaire aux rapports de l'IGA et d'IBM, en termes organisationnels, en allant notamment voir sur le terrain ce qui était réellement utilisé et ce qu'en pensaient les différents utilisateurs, notamment ceux des centres de santé éloignés. En mars 2009, un rapport « Bilan du RSIP » a été livré.

Cependant, faute d'interlocuteurs fiables et constants au ministère de la santé de la Polynésie française, la mission de SIS CONSULTING a été suspendue.

Depuis peu, un avenant entre SIS CONSULTING et le ministère de la Santé a été signé, redéfinissant un nouveau calendrier de travail, et un chef de projet a été désigné.

3.3.5.1. Les dépenses faites au titre du RSIP

Les sources de financement du programme RSIP étaient les suivantes :

- des crédits servis dans le cadre des contrats d'objectifs aux actions de santé publique, prévus à la convention "santé solidarité" pour une dotation annuelle moyenne de 130 MF CFP de 1997 à 2003 au bénéfice de la direction de la santé;
- des crédits prévus au contrat de développement n°2 pour un montant de 70 MF CFP au titre du RSIP ;
- des crédits de la Polynésie française ;
- des crédits de la CPS.

Les dépenses à la date du rapport de l'IGA (octobre 2008) se situaient globalement, en fonctionnement et investissement, à 456 680 542 F CFP³³, financés comme suit :

- fonds de l'Etat dans le cadre des contrats d'objectifs : 71 184 460 F CFP ;
- fonds de l'Etat au titre du contrat de développement n°2 : 35 000 000 F CFP (1^{ère} tranche versée) ;
- fonds de la Polynésie française en investissement : 143 496 082 F CFP (montant de la participation de la Polynésie française au contrat de développement) ;
- fonds de la Polynésie française en fonctionnement (frais de personnel pour le recrutement de deux médecins qualifiés en informatique) : 182 000 000 F CFP ;
- fonds de la CPS pour le développement de la feuille de soin électronique : 25 000 000 F CFP.

S'agissant de la participation de l'Etat au titre du second contrat de développement, l'arrêté n° 475/MACS du 3 août 2004 prévoyait l'attribution d'une subvention de 70 MF CFP ; seule la moitié de cette somme a été effectivement versée.

³³ Il faudrait ajouter à ces 456 MF CFP, les 19,8 MF CFP de la prestation actuelle du cabinet SIS CONSULTING.

L'arrêté prévoyait le versement d'une avance de 50 % lors de sa signature, ainsi que la possibilité d'acomptes au fur et à mesure de l'avancement de l'opération dans la limite de 80 % du montant total de la subvention. Le versement du solde devait s'effectuer sur justification de la réalisation effective de l'opération.

L'article 7 intitulé «les obligations de la Polynésie » précisait en son alinéa 2 que la Polynésie française était tenue de «*ne pas suspendre, abandonner ou modifier la réalisation de cet investissement sans accord préalable écrit de l'Etat* ». L'article 8 «*conséquences du non-respect des obligations* » précisait qu'en cas de non conformité aux délais et conditions prévus, l'Etat se réservait le droit de mettre fin à son aide et d'exiger le remboursement des sommes déjà versées. Il en était de même en cas d'utilisation à d'autres fins que celles prévues dans l'arrêté.

En dernier lieu, les justificatifs devaient être produits dans le délai de six mois après la date d'achèvement, soit au plus tard le 2 mai 2007.

Par courrier n° 24 HC du 18 janvier 2007 relatif à une demande de prorogation de l'arrêté attribuant la subvention, le haut-commissaire a informé qu'il ne pouvait pas donner de suite favorable à la demande du 15 décembre 2006, dans la mesure où elle était postérieure à la date d'achèvement de travaux soit le 2 novembre 2006.

Au final, ce sont 35 000 000 F CFP qui ont été perdus par la Polynésie française pour le financement de ce projet. Une partie du réseau n'a pas pu être achevée pour des raisons d'ordre administratif et de refus de visas.

Enfin, il est rappelé que les obligations fixées dans le contrat de développement ne permettent pas à la Polynésie française d'abandonner le projet de RSIP sans l'accord de l'Etat, sauf à s'exposer au remboursement des sommes perçues (les 35 MF FCP déjà versés par l'Etat).

3.3.5.2. Une gestion de projet contrariée

Pour mener à bien le projet de réseau de santé informatisé (RSI), prévu par la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998, devenu par la suite le réseau de santé de Polynésie ou polynésien (RSP), une convention fut signée en avril 2000, entre le gouvernement de la Polynésie française, la CPS et le CHPF pour en lancer la phase pilote. 2001 fut l'année du début de concrétisation du projet RSP, avec :

- le développement de l'application FSE (Feuille de Soins Electronique) par la CPS ;
- l'installation du réseau HEMADIAL (suivi des patients dialysés) par le CHPF ;
- la mise en œuvre de la téléconférence entre le CHPF, l'hôpital de Taiohae aux Marquises et la métropole (l'IGA a constaté que ce système était très peu utilisé).

La solution technique du projet reposait sur une base de données centrale, hébergée sur un serveur du centre hospitalier avec navigateur Internet. L'accès à ce réseau était conditionné par l'utilisation d'une carte de professionnel de santé et d'une carte d'assuré social. S'agissant de la carte d'assuré social, le chef de projet a fait le choix d'un système³⁴ nécessitant l'acquisition d'équipements IBM. Les décisions techniques prises alors sont restées irréversibles.

³⁴ Carte à puce avec lecture bi-fente.

Mais ce projet initial s'avérait compliqué, ambitieux et coûteux. Compte-tenu de l'évolution des technologies une partie des serveurs est devenue obsolète avec des frais de maintenance élevés.

Par communication en conseil des ministres n° 0123/MSA/CM du 4 juillet 2002 intitulée «*lancement de la phase pilote du RSP et recrutement d'un chef de projet*», il était proposé de faire évoluer le dispositif initial en construisant un système d'information santé (SIS) adossé à un « info centre », permettant de recueillir les données médicales et économiques en temps réel.

Par communication en conseil des ministres n° 0142/MSA/CM du 3 juillet 2003, intitulée «*avancement du projet santé Polynésie (RSP)*», le ministre de la santé informait que le projet était relancé et actualisé et qu'un « tiers hébergeur privé » des infrastructures réseau avait été choisi : la société Océanienne des Services Bancaires (OSB). Par arrêté n° 959 CM du 4 juillet 2003, la Polynésie française a autorisé l'hébergement physique de moyens informatiques lui appartenant (ministère de la santé) au sein de la société OSB, par convention.

Aujourd'hui le RSIP repose sur :

- le dossier médical communiquant (DMC) implanté sur le serveur du site central à l'OSB;
- le dossier informatisé partagé du patient (DIPP), une base de données centralisée située sur les ordinateurs spécifiques RSIP de la direction de la santé, qui permet de gérer le dossier centralisé d'un patient.

Le mode d'accès des DMC et DIPP se fait par l'intermédiaire d'un module utilisateur qui ne faisait pas partie du projet initial. Le module utilisateur permet, sur l'ordinateur personnel du professionnel de santé, de gérer les documents qui concernent ses patients et d'accéder au DIPP. Du point de vue pratique, il peut être comparé à un logiciel de messagerie. L'alimentation du DIPP est assurée par l'intermédiaire du module utilisateur ou par connexion au système informatique des structures de soins ou des plateaux techniques (CHPF, laboratoires, cabinets d'imagerie...).

Le rapport d'étape n°3 de SIS CONSULTING précise que le module utilisateur est opérationnel dans 27 structures de la direction de la santé. Il est installé dans des structures qui desservent près de 40 % de la population totale. Dans les archipels, il couvre 65 % de la population, et les fiches informatisées représentent 90 % de la population desservie (annexe VII).

Pour autant, le RSIP ne parvient pas à se déployer. La centralisation des données du module utilisateur n'est pas réalisée et l'exploitation des données qu'il produit ne peut être automatisée. Les interfaces permettant d'étendre les échanges de données avec l'ensemble des interlocuteurs sont au « point mort ».

Des connexions existent avec l'Institut Louis Malardé (ILM), le centre de transfusion sanguine (CTS), les laboratoires privés, la Caisse de prévoyance sociale (CPS), le centre hospitalier (CHPF). La connexion avec les cabinets libéraux est possible avec le logiciel « Medistory ». Paradoxalement, le RSIP reste contesté par ces mêmes parties prenantes.

Le CHPF a refusé de mettre à disposition ses données malgré la rédaction d'un projet de contrat qui le prévoyait. Il a parallèlement développé son propre dossier informatisé.

La CPS, pour sa part, invoque notamment l'état insuffisant de l'avancement du projet, et demande à y être davantage associée pour l'avenir.

Les médecins libéraux, quant à eux, n'ont pas adhéré à ce projet, et bien que le dispositif conventionnel l'ait prévu (convention n°001270 du 18 avril 2000), seuls deux praticiens ont participé à l'expérimentation.

Le service informatique de la Polynésie française, enfin, conteste le recours à son réseau et considère qu'il y aurait un risque réel d'effondrement du système, en raison de l'importance des traitements à réaliser pour le compte du RSIP.

Pourtant, l'IGA, dans son rapport, relève à juste titre que le RSIP a de nombreux atouts :

- l'organisation de la santé repose sur une seule entité: la direction de la santé, en sa qualité d'autorité sanitaire ;
- la gestion des régimes de protection sociale est assurée par une seule caisse, la Caisse de prévoyance sociale, qui centralise toutes les informations sociales et assure le paiement des prestations médicales ;
- la Polynésie française dispose d'un seul hôpital de dernier recours (le CHPF), qui est doté de moyens informatiques suffisants et qui centralise les informations médicales les plus significatives ;
- les hôpitaux périphériques dépendant de la direction de la santé sont déjà connectés sur le RSIP.

Le rapport de l'inspection générale de l'administration concluait en 2008 : « *en définitive la démarche chaotique du projet n'a pas permis au RSIP de démontrer sa capacité à assurer une meilleure gestion des dépenses de santé alors qu'il semble en mesure de le faire. A présent il faut rebâtir son socle pour rendre l'outil performant et obligatoire* ».

3.3.5.4. Les propositions d'évolution

Les déboires rencontrés par les porteurs du projet, doivent conduire à apprécier avec un certain recul les raisons de ce qui, pour l'instant, est un échec.

La conduite de projet n'a été confiée à la direction de la santé qu'en avril 2008. Il convient sans aucun doute de confirmer cette décision et, surtout de conforter le directeur de la santé dans ce rôle, en lui en donnant les moyens.

Plusieurs mois durant, personne n'était identifié pour assurer cette tâche à la direction de la santé et cette carence avait d'ailleurs abouti à une suspension des interventions de SIS CONSULTING qui n'avait plus d'interlocuteur à ce niveau. Une seule personne est désormais affectée à cette tâche. Il faut donc sécuriser le dispositif sur le plan administratif et identifier clairement un administrateur du réseau, une autorité de certification et une autorité de surveillance du RSIP. Ultérieurement, il faudra compléter cette cellule par des ressources permanentes pour les activités de formation, d'installation et d'assistance aux utilisateurs.

Par ailleurs, lorsque l'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel aura été donné³⁵, il sera possible de faire évoluer le dispositif vers un système

³⁵ La Polynésie est dans l'attente d'une réponse du ministère français de la santé à la suite d'une demande transmise par elle le 22 juillet 2008.

d'information généralisé, donnant tout son sens à la délibération n° 97-145 du 13 août 1997 relative à l'observatoire de santé polynésien.

Enfin, sur le plan technologique, une évolution est nécessaire pour le RSIP, car il est indispensable de faire communiquer entre elles les solutions désormais existantes de chaque partenaire (CHPF, ILM, centre de transfusion sanguine et cliniques privées).

Sur cet aspect essentiel, la société SIS CONSULTING estime qu'il est préférable de consolider et d'étendre le déploiement actuel du RSIP, plutôt que de le geler ou de décider de son remplacement. Cette réactivation de l'outil existant doit cependant se faire en coordination complète avec les travaux de définition de la nouvelle architecture cible du système d'information de santé polynésien. Elle devra également prendre en compte la mise en œuvre de nouvelles technologies décidées récemment concernant le CHPF, comme le système « voix-données-images » (VDI).

En sus des questions explicitées précédemment, se présentent des contraintes réelles qu'il faut bien mesurer. Le ministère de la santé doit reprendre l'initiative sur un dossier stratégique qu'il n'a pas maîtrisé jusqu'à présent. Il doit à cette occasion se doter des moyens adaptés pour y parvenir.

Il doit obtenir l'ouverture de crédits budgétaires lui permettant de solder ce que la Polynésie française doit encore au titre d'engagements précédents et de financer les moyens d'atteindre les objectifs de développement du RSIP, qu'il inscrira dans un calendrier.

Il doit aussi bien apprécier l'importance des oppositions rencontrées précédemment au bon déroulement de l'expérimentation et placer la poursuite du projet dans la perspective de la réforme de la PSG.

Les sommes déjà investies, comme l'utilité indiscutable du projet, rendent très souhaitable sa poursuite. Sa relance suppose, outre des améliorations administratives et techniques, l'adhésion des différentes parties prenantes. Cette action doit être identifiée comme étant une priorité de la collectivité d'outre-mer.

3.4. Les logiques de financement des structures dépendant de la direction de la santé sont à refonder

3.4.1. Les recettes tirées des prestations réalisées par les formations sanitaires

Selon les comptes administratifs 2005 à 2008, les recettes issues des prestations des formations sanitaires ont évolué de la façon suivante :

En F CFP

Articles avant 2007	Articles depuis 2007	Intitulé des comptes	2004	2005	2006	2007	2008
733-8	706-3 (+ 747 en 2007 ³⁶)	recouvrement dépenses de santé	1 092 155 030	1 307 287 454	1 122 937 937	939 433 453	1 268 858 484
827	772	produits sur exercices antérieurs	706 532 049	674 608 449	333 092 057	319 588 826	331 303 473

³⁶ Erreur de comptabilisation des recettes des autres formations sanitaires.

La répartition de ces recettes entre les différentes formations sanitaires de Polynésie française a évolué de la façon suivante :

En F CFP

		2005	2006	2007	2008
Hôpital d'Uturoa	Exercice courant	424 259 751	333 726 618	404 083 086	404 021 557
	Exercice précédent	234 329 138	97 145 345	101 872 821	0
Hôpital de Moorea	Exercice courant	25 524 594	21 274 023	27 842 978	75 107 521
	Exercice précédent	16 347 053	21 824 048	7 569 017	0
Hôpital de Taiohae	Exercice courant	50 128 521	153 202 146	86 116 395	65 446 313
	Exercice précédent	63 635 300	12 823 686	8 430 436	2 896 475
Hôpital de Taravao	Exercice courant	158 339 703	189 609 797	167 797 502	203 905 392
	Exercice précédent	9 916 085	44 549 870	9 238 527	1 227 954
Autres formations sanitaires	Exercice courant	499 299 173	424 731 978	252 702 202	520 406 995
	Exercice précédent	334 670 514	154 541 552	192 380 051	325 860 050

(Source : direction des finances de la PF, Poly GF – fichier fournisseurs recette 2005 à 2008 - santé.xls).

Cette répartition a pu se faire grâce à la comptabilisation de ces recettes par centre de travail pour les hôpitaux périphériques et par extraction de l'application Poly GF.

Il convient de noter la baisse significative en 2007 des recettes des formations sanitaires autres que les hôpitaux périphériques. Ces recettes 2007 ont été constatées en 2008 (produits sur exercices antérieurs) pour 325 MF CFP. Les recettes de l'exercice 2008 constatées en 2009, étant de 131 171 476 F CFP³⁷, il est possible de reconstituer les recettes de ces formations sanitaires, en les rattachant par exercice :

En F FCP

	2005	2006	2007	2008
Recettes constatées en N	499 299 173	424 731 978	252 702 202	520 406 995
Recettes constatées en N+1	154 541 552	192 380 051	325 860 050	131 171 476
TOTAL	653 840 725	617 112 029	578 562 252	651 578 471

Le département administratif et financier indique que la baisse de constatation de recettes en cours d'exercice 2007 s'explique par des retards de saisie et de transmission des états de consultations et actes par les formations sanitaires.

³⁷ Source : département administratif et financier de la direction de la santé.

Parmi les recettes des formations sanitaires de la direction de la santé figurent en première place celles issues du compte 706-3 "Consultations et hospitalisations", provenant pour l'essentiel des régimes sociaux gérés par la CPS (pour 2008, ces recettes représentent 1 269 MF CFP).

Le département administratif et financier a fourni, à la demande de la chambre, un tableau distinguant, pour chaque formation sanitaire, les recettes par régime social, pour les exercices 2005 à 2009 (à jour au 31 août 2009). Pour chaque année, ont pu être individualisées les 10 premières formations sanitaires par ordre décroissant de recettes engendrées.

Il apparaît que le dispensaire des Tuamotu-Gambier, basé à Papeete, engendre le plus de recettes issues de ces prestations, suivi du centre médical de Bora-Bora. Cette situation est confirmée pour ce dernier par son niveau d'activité ; en effet, le rapport annuel d'activités détaillé de 2007 précise que le centre médical de Bora-Bora effectue :

- autant de consultations médicales que le dispensaire de Raiatea³⁸ ;
- quasiment deux fois plus d'actes de soins d'infirmiers que le dispensaire de Raiatea ;
- plus de consultations infantiles que le dispensaire de Raiatea ;
- plus de visites médico-scolaires que le dispensaire de Raiatea, mais également que tous les dispensaires de Tahiti.

S'agissant du dispensaire des Tuamotu Gambier (TG) à Papeete, l'importance des recettes provenant de la CPS s'explique par le fait que ce dispensaire gère les consultations avancées pour les îles de cet archipel réalisées par des médecins et sages-femmes rattachés à ce dispensaire, ainsi que les évacuations sanitaires des patients venant des Tuamotu Gambier, et les consultations médicales avant tout retour au domicile de ces « évasanés » (selon le rapport d'activité 2008 de cette subdivision, 7089 consultations pour retour d'évasanés ont eu lieu).

La répartition par régime social des recettes des prestations fournies par toutes les formations sanitaires (hors hôpitaux périphériques) est la suivante :

	En F CFP				
	2005	2006	2007	2008	2009 (situation au 31 août)
RGS	354 016 857	336 267 171	311 833 207	339 839 128	129 274 724
RNS	20 114 508	18 925 972	17 534 752	19 789 208	7 643 364
RSPF	256 375 105	236 546 318	228 249 819	269 718 839	111 914 338
Ress SECU	23 334 256	22 080 266	20 944 474	22 231 296	7 938 055
TOTAL	653 840 726	613 819 727	578 562 252	651 578 471	256 770 481

(Source : département administratif et financier de la direction de la santé).

NB : sont cumulées les recettes de l'exercice courant et de l'exercice précédent.

³⁸ Il n'est pas possible de comparer avec les dispensaires de Tahiti, puisque le rapport d'activité ne distingue pas les consultations médicales et les actes de soins par dispensaire de Tahiti, mais on peut constater qu'en 2007, l'ensemble de ces dispensaires faisait guère plus de consultations médicales que les dispensaires et centres médicaux des îles Sous-le-Vent (32 475 contre 30 789).

Il apparaît que, compte tenu des aléas de facturation que connaît la direction de la santé, les recettes par régime social restent globalement stables.

Les recettes issues du régime des salariés sont très supérieures à celles issues du régime de solidarité (RSPF). Or, dans tous ces cas, le ticket modérateur est dû, alors qu'en pratique, aucune organisation permettant de percevoir ces sommes, n'est mise en place.

Par ailleurs, les données fournies ne permettent pas de connaître la répartition entre les hôpitaux périphériques d'une part, et les autres formations sanitaires d'autre part, la fiabilité des données fournies par formation sanitaire n'étant pas garantie.

Pour Taravao, les recettes de l'hôpital sont très basses, voire inexistantes (en 2006 et 2007), alors que celles concernant l'antenne des services de protection infantile (SPI) et d'hygiène scolaire (SHS) sont anormalement élevées :

En F CFP

2005	Hôpital de Taravao	SPI de Taravao	SHS de Taravao
RGS	539 629	3 289 046	3 307 976
RNS	41 079	129 999	149 965
RSPF	408 681	3 347 302	2 445 666
Ress SECU	17 429	182 835	283 802
TOTAL	1 006 818	6 949 182	6 187 409

Pour Uturoa, il en va de même :

En F CFP

2005	Hôpital d'Uturoa	Dispensaire d'Uturoa	Centre dentaire d'Uturoa	SPI d'Uturoa	SHS d'Uturoa
RGS	33 703	6 723 232	10 276 063	2 143 427	4 490 038
RNS	376	241 069	846 326	89 179	207 812
RSPF	35 998	7 747 480	7 432 506	3 284 457	2 957 517
Ress SECU	0	302 015	1 085 533	58 948	178 306
TOTAL	70 077	15 013 796	19 640 428	5 576 011	7 833 673

3.4.2. Les procédures de facturation doivent être améliorées.

Les procédures de facturation des prestations réalisées dans les formations sanitaires de la direction de la santé sont décrites par la convention n° 95-1179 du 31 juillet 1995 définissant les rapports entre la CPS et les services médicaux et hospitaliers relevant de la direction de la santé pour les soins dispensés en faveur des assurés sociaux et leurs ayants-droit.

Cette convention distingue les modalités suivies pour les hôpitaux périphériques de celles suivies pour les autres formations sanitaires, mais elle rappelle « *qu'il appartient aux formations sanitaires de s'assurer de l'identité des patients et de l'existence de leur couverture sociale par l'un des régimes gérés par la C.P.S.* ».

Les règles de facturation :

Facturation des hospitalisations dans les hôpitaux périphériques :

L'article 5 précise que, pour être recevables, les factures doivent être établies par malade et accompagnées de certificats médicaux et des prises en charge. Elles sont transmises à la CPS, sous bordereau récapitulatif et de manière distincte par régime.

Facturation des consultations externes dans les hôpitaux périphériques :

Chaque hôpital produit un état journalier contresigné par l'assuré, suivant un modèle fourni en annexe de la convention de 1995 (avec identité du patient, immatriculation CPS, cotation de l'acte, et signature du patient). Certifié par le responsable de la structure³⁹, cet état journalier est adressé à la CPS pour liquidation et paiement. La convention précise par ailleurs que le rejet d'un acte par la CPS n'implique pas celui de l'ensemble de l'état journalier.

Facturation des actes de soins dans les autres formations sanitaires

La convention de 1995 prévoyant initialement le remboursement de ces actes sous forme de forfait, celui-ci était payé par période bimestrielle, sur présentation d'un titre de recettes par la direction de la santé. Cependant, pour déterminer l'évolution du forfait pour les exercices à venir, et le répartir correctement par régime social, la CPS et la Polynésie française s'étaient engagées à mettre en place une procédure de décompte systématique des consultants afin de disposer de statistiques fiables (article 12 de la convention). A cet effet, les formations sanitaires comptabilisent par état journalier, les actes médicaux cotés, conformément à la nomenclature des actes professionnels établie par l'UCANSS. Ces états, centralisés à la direction de la santé, qui assure les travaux de saisie, font l'objet de transmission télématique à la CPS pour exploitation. Par période bimestrielle, cette dernière récapitule les données par formation sanitaire et par nature des actes et communique les résultats à la direction de la santé. La Caisse, pour sa part, s'engage à fournir l'équipement nécessaire à la transmission télématique (matériel + ligne spécialisée).

Mais l'article 6 de l'avenant à cette convention du 21 janvier 1998 a prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 1999, les règlements s'effectueraient au vu des saisies des actes médicaux télétransmises à la CPS.

En pratique, la facturation connaît des retards importants. A l'hôpital d'Uturoa, le ticket modérateur⁴⁰ ou les prestations entières pour les non ressortissants de la CPS ne sont pas acquittés : en l'absence de régisseur entre 2003 et 2008, le ticket modérateur n'était pas payé directement par les patients redevables, mais réclamé uniquement après émission de titres de recettes. Ces titres sont émis au vu de bordereaux de facturation, issus d'une base Access dénommée Tiare, récapitulant :

- les notes de frais par le laboratoire ;
- les bons navettes de consultations externes et d'hospitalisation.

³⁹ L'article 7 de la convention de 1995 précise qu'il s'agissait du médecin-chef, mais cette fonction a disparu depuis la suppression des circonscriptions médicales au profit des subdivisions.

⁴⁰ 20 % du coût des prestations réalisées.

Aucune information médicale ne circule par voie informatique.

Un seul agent est affecté à l'émission de ces bordereaux, expliquant ainsi que les notes de frais, et bons navettes de septembre 2006 à fin 2008 n'aient toujours pas fait l'objet de bordereaux pour être adressés au centre de sous-ordonnement pour émission de titres de recettes. Les sommes en jeu, inconnues, ne sont certainement pas anodines.

Pour la partie dite du tiers payant, la facturation fait l'objet de bordereaux de transmissions des actes médicaux, télétransmis seulement depuis quelques mois à la CPS, qui renvoie un état nominatif à l'hôpital pour archivage, et au centre de sous-ordonnement pour émission de titres de recettes.

Ainsi, qu'il s'agisse du ticket modérateur, ou bien du tiers payant, ce n'est pas le bordereau de transmission issu du service de facturation de l'hôpital, mais l'état nominatif du redevable qui sert de pièce justificative de liquidation au titres de recettes émis à l'encontre de ce même redevable.

Le contrôle de concordance entre ces bordereaux de l'hôpital et les états nominatifs de la CPS n'étant réalisé que depuis peu, grâce à un programme de base Excel mis au point par un agent technique de l'hôpital, les pertes de recettes pour la collectivité sont réelles et non négligeables. S'agissant de bordereaux de mai et août 2009, un écart de 6,7 MF CFP entre ceux-ci et les états nominatifs de la CPS a été constaté. Cet écart est appelé à diminuer, la CPS ayant des retards de paiement. Mais à ce jour, des factures de novembre et décembre 2008 restent impayées. L'hôpital dispose des références de ces factures impayées, mais ne demande pas à la CPS les raisons du non paiement. Par ailleurs, comme il a été précisé précédemment, la convention de 1995 précise bien que « *le rejet d'un acte par la CPS n'implique pas celui de l'ensemble de l'état journalier* » (article 7 de la convention). Dès lors, les services de facturation ne s'inquiètent pas outre mesure du non paiement de certaines prestations.

Le retard de facturation du tiers-payant se situait en 2009 entre six mois et un an.

Si les retards de traitement des facturations des consultations externes tendent à se résorber, ceux relatifs aux hospitalisations restent importants, de l'ordre d'une année.

Pour les formations sanitaires autres que les hôpitaux périphériques, le circuit de facturation est long et compliqué, le service financier de la direction de la santé recevant des formations sanitaires des relevés journaliers d'activité, la plupart sous forme « papier ».

Ces actes sont saisis informatiquement pour être télétransmis ensuite au système informatique de la CPS. La caisse va ensuite transmettre une récapitulation des actes ainsi acceptés par elle, tous les deux mois, sous forme de tableaux statistiques mensuels, servant de pièce justificative aux titres de recettes émis par le département administratif et financier (DAF). Dans la mesure où il n'existe pas de contrôle de concordance entre les saisies du DAF et les statistiques de la CPS, ce sont les données acceptées par cette dernière qui font foi.

Selon le directeur du DAF, jusqu'en septembre 2008, il y avait un gros retard dans la saisie de ces recettes. Selon les tableaux fournis par le DAF, servant de base aux états des sommes dues par la CPS, 20 à 25 % de ces recettes restent à constater chaque année⁴¹. Les recettes ne sont constatées en général que 7 à 8 mois après la fin de l'exercice considéré.

⁴¹ A l'exception de 2007, où seuls 44 % avaient été constatés au titre de cet exercice.

De plus, cette comptabilisation contrevient au principe comptable d'indépendance des exercices.

Les recettes issues des prestations des formations sanitaires de la Polynésie française, constatées dans les comptes administratifs 2004 à 2008, attestent d'une certaine modicité dans la couverture par la CPS des dépenses de santé du ministère.

En F CFP

	2004	2005	2006	2007	2008
Recettes issues de l'activité des formations sanitaires (avec antérieurs)	1 798 687 079	1 981 895 903	1 456 029 994	1 259 022 279	1 600 161 957
Ensemble dépenses directes et indirectes des formations sanitaires	10 144 372 528	10 217 406 192	10 682 078 223	9 726 916 560	9 891 149 233

La facturation des prestations, telle qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux périphériques et autres formations sanitaires, mériterait certainement une actualisation et aussi une plus grande attention. Elle ne constitue à l'évidence pas une priorité pour le ministère de la santé. Les conditions de sa mise en œuvre sont la plupart du temps archaïques et ne bénéficient pas d'une codification suffisamment précise. On relèvera à ce propos, que certaines pratiques admises à la fois par la CPS et la direction de la santé semblent contrevir aux règles de financement des formations sanitaires, et donnent lieu à des procédures inopérantes.

Les actes médicaux et paramédicaux, pratiqués dans les formations sanitaires et les hôpitaux périphériques de la direction de la santé, sont soumis à la tarification des actes professionnels pratiqués en Polynésie française selon la nomenclature officielle en vigueur.

Cette application ne soulève pas de difficulté s'agissant des hôpitaux périphériques et de l'Institut Louis Malardé. En revanche, pour les actes pratiqués dans les autres formations sanitaires (dispensaires, centres médicaux, infirmeries, centres de consultation spécialisée), la convention n°95-1179 du 31 juillet 1995 a prévu que la prise en charge des soins dispensés dans ces formations se réalisera par une facturation forfaitaire à chaque régime de l'assurance maladie. Pour l'année 1995, le montant global du forfait était de 550 000 000 F CFP, répartis de la façon suivante :

- 200 MF CFP pour le RGS ;
- 20 MF CFP pour le RNS ;
- 300 MF CFP pour le RSPF ;
- 30 MF CFP pour la sécurité sociale.

Ce forfait couvre tous les actes médicaux, hors les actes de biologie, ainsi que les médicaments pour les patients relevant du RSPF et les patients soignés dans des centres d'îles ou atolls dépourvus d'officines. Il devait être révisé annuellement en fonction de la fréquentation enregistrée l'année précédente, au vu de statistiques servant de base à la facturation.

Or, par avenant n°1 du 21 janvier 1998, le montant du forfait a été ramené à 520 MF CFP pour les années 1996 à 1998.

A compter du 1^{er} janvier 1999, il est simplement précisé que les règlements s'effectueront au vu des saisies des actes médicaux télétransmises à la CPS. Dès lors, le fait d'effectuer les règlements au vu des saisies télétransmises à la CPS a conduit de facto à remplacer le règlement bimestriel du forfait prévu à l'article 11 de la convention initiale de 1995, par un règlement à l'acte.

La direction de la santé, mais également la CPS, en ont déduit que les actes médicaux et paramédicaux devaient être remboursés par la CPS, selon la tarification des actes professionnels pratiqués en Polynésie française à partir de la nomenclature officielle en vigueur.

Ces pratiques contredisent la rédaction de la convention de 1995, qui n'évoque à aucun moment de facturation aux particuliers, puisqu'il n'est fait mention que d'une facturation à chaque régime.

Tant que la convention de 1995 ne sera pas modifiée sur ce point, il conviendra donc de se conformer à ce dispositif qui ne définit qu'un financement forfaitisé des prestations, la prise en compte de statistiques d'activité n'ayant pour but que de permettre d'actualiser la détermination des forfaits, ainsi que leur répartition par régime.

3.4.3. Les bases de tarification sont peu réalistes

S'agissant des hospitalisations réalisées dans les hôpitaux dits « périphériques », celles-ci sont toujours facturées selon la tarification mise en place par l'arrêté n°145 CM du 10 février 1995. Elles varient selon l'hôpital concerné :

Prix de journée (en F CFP)	
Uturoa	22 000
Afareaitu	18 000
Taiohae	18 000
Vaiami	18 000
Taravao	18 000
Unité de long séjour de Taravao	10 000
Accompagnateurs gardes-malades	1 000

Le prix des journées d'hospitalisation incomplète (entre 6 heures et 12 heures d'hospitalisation) est réduit de 50 % et la journée d'hébergement des patients en attente de transport interinsulaire est de 5 000 F CFP.

Ce tarif s'entend tous actes d'hospitalisation compris, à l'exception des :

- actes de scanographie ;
- séances de dialyse ;
- fournitures de prothèses ;
- cessions de spécialités médicamenteuses coûteuses ;
- actes professionnels et de biologie médicale.

Ceux-ci, lorsqu'ils sont d'une valeur unitaire égale ou supérieure à 20 000 F CFP, sont facturés en sus du prix de journée.

Depuis 1995, ces tarifs n'ont toujours pas évolué, et sont loin des tarifs pratiqués au CHPF pour les ressortissants de régimes hors CPS (donc hors dotation globale), tels qu'ils ressortent de la dernière mise à jour par arrêté n°193 CM du 4 février 2009 :

Journées d'hospitalisation complète (CHPF)

En F CFP

Médecine	65 700
Cardiologie	121 700
Chirurgie	101 200
Brûlés	101 200
Gynécologie	101 200
Obstétrique	73 500
ORL/OPH	101 200
Réanimation / USIC / Réa-Néonate / USCP	337 300
Pédiatrie / Nurserie / Néonatalogie	74 700
Néphrologie	113 300
Psychiatrie	47 000
Exploration en cardiologie	121 700
Hospitalisation temporaire (HUR)	124 900

Ce même arrêté prévoit pour les hospitalisations de moins de 12 heures un forfait hébergement de 15 500 F CFP (le maximum pour les hôpitaux périphériques étant de 11 000 F CFP pour ce type d'hospitalisation, à l'hôpital d'Uturoa).

L'application des tarifs pratiqués au CHPF, tels que décrits ci-dessus, conduirait la collectivité d'outre-mer à percevoir des recettes bien supérieures à celles actuellement mises en recouvrement.

Ainsi, en appliquant à l'activité de chaque hôpital périphérique pour l'exercice 2007, les tarifs de l'hospitalisation tels qu'ils ressortent des arrêtés annuels de fixation des prix de journée d'hospitalisation complète et tarifs d'autres prestations au CHPF⁴², les recettes de chaque hôpital seraient les suivantes :

Données 2007	Hôpital d'Uturoa		Hôpital de Taravao		Hôpital de Moorea		Hôpital de Taiohae	
	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF
Médecine	3673	220,4	3605	216,3	2355	141,3	2145	128,7
Chirurgie	3727	344,4	0		0		1428	131,9
Obstétrique	4110	275,8	0		0		1477	99,1
Hospitalisation de jour	196	2,8	0		0		0	
TOTAL		843,4		216,3		141,3		359,7

⁴² Tarifs 2006 à notre disposition : chirurgie : 92 400 F CFP, médecine : 60 000 F CFP, obstétrique : 67 100 F CFP, hospitalisation de jour : 14 200 F CFP.

En appliquant les tarifs de prix de journée d'hospitalisation, tels qu'ils ressortent de l'arrêté de 1995, les recettes des seules hospitalisations dans ces mêmes hôpitaux devaient être les suivantes :

Données 2007	Hôpital d'Uturoa		Hôpital de Taravao		Hôpital de Moorea		Hôpital de Taiohae	
	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF	Journées	Montants en MF
Nbre de journées d'hospitalisation complète	11510	253,2	3605	64,9	2355	42,4	5050	90,9
Hospitalisation de jour	196	2,2						
TOTAL		255,4		64,9		42,4		90,9

A titre indicatif, les recettes 2007 d'hospitalisation et de consultations externes, selon les données issues de Poly GF, fournies par la direction des finances de la collectivité, sont les suivantes :

RECETTES 2007	Hôpital d'Uturoa	Hôpital de Taravao	Hôpital de Moorea	Hôpital de Taiohae
<u>Hospitalisations et consultations externes</u>	404 083 086 (pas de produits 2007 comptabilisés en 2008)	167 797 502 (+ 1 227 954 comptabilisés en 2008)	27 842 978 (pas de produits 2007 comptabilisés en 2008)	86 116 395 (+ 2 896 475 comptabilisés en 2008)

La différence entre les deux derniers tableaux provient, d'une part, du fait que les montants du tableau ci-dessus globalisent hospitalisations et consultations, d'autre part, de la date de constatation des recettes 2007, non réalisées dans leur totalité au cours de cet exercice.

Le manque à gagner pour la Polynésie française peut donc être évalué à 1,107 milliards de F FCP au titre des recettes d'hospitalisation.

Il serait nécessaire pour la Polynésie française de revoir le mode de financement de ses structures de santé, et de procéder à un rééquilibrage entre le financement par la CPS et le financement par la collectivité d'outre-mer elle-même, pour assurer le service public de permanence des soins, en particulier dans les endroits isolés de la Polynésie française. Diverses options sont possibles, consistant soit en une forfaitisation de l'hospitalisation, soit à l'inverse en une réévaluation des tarifs de prix de journée d'hospitalisation, le tout pouvant être complété par une dotation complémentaire au titre de la continuité territoriale.

3.5. Les principes comme les modalités de financement des activités du CHPF ne sont pas maîtrisées

L'arrêté n° CM 999 du 12 septembre 1988 modifié traite de l'organisation, du fonctionnement et des règles financières, budgétaires et comptables applicables au Centre Hospitalier Territorial de la Polynésie française (CHPF).

Le Centre Hospitalier relevant d'un statut d'établissement public administratif, les principes généraux définis par la délibération n° 95-205 AT du 23 novembre 1995 encadrent les dispositions précitées.

Ce cadre de référence ancien a organisé jusqu'en 2009 un dispositif contraignant qui a considérablement limité les compétences du conseil d'administration comme de l'ordonnateur. Cependant, il doit être revu au regard des règles nouvelles posées par la loi organique de 2007.

Jusqu'à présent, la collectivité d'outre-mer a de fait imposé au CHPF un calendrier budgétaire pénalisant pour l'établissement et qui ne lui a pas pour autant assuré un contrôle effectif sur les évolutions budgétaires.

L'article 54 de la délibération n° 95-205 AT du 23 novembre 1995 modifiée impose à l'ordonnateur du CHPF d'informer le président du conseil d'administration et le ministre chargé du budget au plus tard le 1er septembre, de l'avant-projet de budget de l'exercice suivant. Ce même article prévoit en outre que le calendrier budgétaire des établissements publics administratifs (EPA) est tributaire de celui de la Polynésie française, le projet de budget n'étant soumis au vote du conseil d'administration qu'après publication de la délibération portant approbation du budget de la collectivité d'outre-mer. Ce n'est qu'après qu'il est soumis à l'approbation du conseil des ministres.

L'article 58 dote le conseil des ministres d'un pouvoir de substitution et lui permet donc d'arrêter ou de rectifier les inscriptions budgétaires de l'établissement public.

L'arrêté n° CM 999 du 12 septembre 1988 dote donc le Conseil d'administration du CHPF et son président de compétences budgétaires réelles, mais totalement soumises à l'approbation du Conseil des Ministres ou de l'Assemblée de la Polynésie française.

En pratique, ce dispositif est peu respecté et se révèle inopérant. En termes de calendrier, le lancement de la procédure budgétaire du Centre Hospitalier a été subordonné au vote du budget de la Polynésie française, au motif que la collectivité accordait des subventions au CHPF.

En cas de difficulté pour la collectivité d'outre-mer à adopter son propre budget, cela peut conduire à retarder la procédure d'adoption du budget pour l'hôpital au second semestre.

Bien plus, depuis l'intervention de l'article 157-2 de la loi organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007, l'attribution de participations financières suit désormais une procédure distincte de celle de vote du budget.

Il n'y a donc plus lieu de rendre la procédure budgétaire du CHPF dépendante de celle de la collectivité d'outre-mer au motif qu'une participation lui est versée pour assurer son financement.

Enfin, les dispositions introduites par la loi organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007 en ce qui concerne le contrôle budgétaire des établissements publics de la Polynésie française par le représentant de l'Etat (articles 185-1 à 185-15 de la loi organique statutaire du 27 février 2004 modifiée) rendent inapplicables en l'état, les dispositions précédemment décrites contenues dans la délibération n° 95-205 AT et l'arrêté du 12 septembre 1988, comme l'a récemment rappelé le haut-commissaire dans un courrier du 7 juin 2010 adressé au président de la Polynésie française relatif au règlement d'office du budget 2010 du CHPF⁴³. En effet, il découle des articles 185-1 et 185-15 de la loi statutaire que le budget du CHPF doit être transmis au haut-commissaire dans les quinze jours suivant son adoption par son conseil d'administration, au plus tard le 31 mars de l'année d'exécution. A défaut, le représentant de l'Etat en saisit la chambre territoriale des comptes qui rend un avis public dans le délai d'un mois, permettant au Haut-commissaire de régler le budget.

D'autres articles (respectivement 185-3, 185-4 et 185-10) définissent les conditions d'intervention du représentant de l'Etat et de la Chambre territoriale des comptes en cas de déséquilibre budgétaire, d'absence d'inscription d'une dépense obligatoire ou de déficit d'exécution budgétaire. Les mesures d'application de ces dispositions ont été introduites dans le code des juridictions financières (articles R.273-1 à R.273-32) par le décret n° 2009-568 du 20 mai 2009. Il en résulte que les dispositions antérieures, notamment celles figurant dans la délibération n° 95-205 AT, assujettissant le CHPF au contrôle de la collectivité d'outre-mer, doivent être revues et le cas échéant articulées avec celles découlant de normes juridiques supérieures, notamment de la loi organique.

Les dispositions posées par la loi organique devraient donc contribuer à autonomiser la procédure budgétaire de l'établissement public, à rationaliser son calendrier budgétaire et contribuer à une responsabilisation accrue des décideurs hospitaliers.

L'occasion pourrait être saisie de cette mise à jour nécessaire de la réglementation budgétaire du CHPF pour étudier les avantages qui pourraient être retirés d'une anticipation du calendrier budgétaire du CHPF, rien ne paraissant faire sérieusement obstacle à l'avancement de la date limite de vote du budget de l'établissement du 31 mars au 1er janvier de l'année d'exécution.

Sur un autre plan, on notera que le calendrier budgétaire, cette fois de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) conduit à arrêter ses perspectives de dépenses beaucoup plus tôt que la Polynésie française et le CHPF, dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre pour l'année suivante.

La CPS étant le payeur majoritaire des prestations offertes par l'hôpital, il se vérifie la plupart du temps que cette enveloppe détermine le budget à venir du CHPF.

Dans les faits, l'initiative budgétaire est exercée conjointement par la CPS et la direction de l'hôpital. Un taux d'évolution des dépenses est convenu, qui s'imposera par la suite aux instances administratives et politiques qui ne feront en pratique que l'avaliser.

⁴³ Ce courrier demande le retrait des arrêtés n°0486/CM, 0487/CM, 0488/CM, 0489/CM et 0490/CM du 9 avril 2010 portant règlement d'office du budget 2010 du CHPF et de ses budgets annexes.

Surtout, il apparaît que les dispositions réglementaires régissant les règles de financement de l'hôpital ont été aménagées, sans intervention du conseil des ministres ou de l'assemblée, et que le dispositif en vigueur ne permet pas la maîtrise de la rémunération des activités, ni la mesure de leur coût.

La substitution à la réglementation de dispositions parfois contradictoires et inachevées, conduit à une croissance des dépenses dont il n'est pas établi qu'elles correspondent à des besoins de financement réels. Alors que la collectivité avait fondé la maîtrise du financement du CHPF sur le principe de la globalisation de ses recettes, il a été procédé, d'une part à un contournement de cette globalisation, et d'autre part à l'ajout d'une rémunération à l'activité d'une partie des activités.

Le passage à une dotation globale a été décidé en Polynésie française en 1998, en vue de maîtriser les dépenses des établissements de santé, dans le cadre d'une délibération de l'Assemblée (délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998). Cette délibération prévoyait : « *la prise en charge, par les régimes de protection sociale, des soins dispensés dans les établissements publics hospitaliers prend la forme de dotations globales... Fixées en cours d'année pour l'année suivante... Leur montant est déterminé annuellement par des conventions conclues entre les régimes de protection sociale et l'établissement public hospitalier... Ces conventions entrent en vigueur après approbation par arrêté pris en conseil des ministres* ».

L'exposé des motifs de cette délibération indiquait clairement l'objectif principal qui était de garantir à tous l'accès à la santé, dans le cadre notamment de la mise en œuvre de la couverture sociale généralisée, l'exercice du droit à la santé se réalisant toutefois dans la limite des ressources des régimes de protection sociale.

La délibération met en place à cet effet les instruments qui concourent à la maîtrise de l'évolution des dépenses des établissements de santé, la dotation globale de financement en étant la mesure centrale.

Les mécanismes tirés de la délibération instaurent un financement forfaitaire de la plupart des activités, listées limitativement, tout en laissant une option concernant l'intégration totale ou partielle des consultations externes.

Dès l'initiation de ce dispositif, les représentants de la CPS et du CHPF ont amendé par simple voie d'avenant, en lieu et place d'une délibération de l'assemblée, le champ d'application de la dotation globale, en retirant, sans base légale, l'hospitalisation de jour de la dotation. Par conséquent, les forfaits d'hébergement, les actes pratiqués ainsi que les produits pharmaceutiques s'y rattachant deviennent à nouveau facturables en sus des dotations. S'agissant d'un type de prise en charge appelé à un développement important et souvent générateur de prescriptions onéreuses, cette option n'est pas neutre.

Enfin, si l'instauration de la dotation globale avait bien pour objectif d'assurer un contrôle strict des recettes hospitalières mises à la charge de la CPS, du régime des salariés (RGS) et du régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), l'absence de définition d'un mécanisme d'ajustement avec les recettes comptabilisées aux groupes 2 et 3 n'a pas permis l'exhaustivité recherchée. La dotation convenue est versée, sans que les recettes comptabilisées par ailleurs entrent en considération.

En fait, la dotation est forfaitaire, mais elle n'est pas globale. Elle n'empêche aucunement la réalisation d'autres recettes, et si ces dernières sont supérieures à la prévision, elles permettent l'ouverture de crédits de dépenses additionnelles.

L'insuffisance de maîtrise des dépenses se trouve aggravée par la mise en place d'une tarification à l'activité en 2006, qui, jusqu'à présent, s'est révélée être un système opaque, non formalisé et produisant des effets inflationnistes, sans que l'on sache réellement si les différentes « rallonges » revendiquées, et obtenues par l'hôpital, correspondent à un service rendu.

C'est par un avenant n° 6 à la convention de base du 25 octobre 1999 conclue entre la CPS et le CHT qu'a été introduit un « financement à l'activité ». L'article 2 de l'avenant établit une prévision de financement à l'activité distincte de la dotation globale. Cette somme correspond à 20 % du montant de la dotation globale, dont elle est retirée. Une ventilation entre les trois régimes, régime des salariés (RGS), régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF), et régime des non salariés (RNS), est pratiquée.

Toutefois, les concepts et mécanismes nécessaires à la mise en place de cette organisation ne sont décrits nulle part. Il en résulte une grande confusion qui affecte les règles comptables d'enregistrement des sommes mises en jeu et, surtout, la réalité même des résultats de ce financement partiel à l'activité.

L'empilement de dispositions disparates et inachevées ne peut favoriser ni un financement équitable de l'activité, ni une maîtrise des dépenses. Les dispositions de 1998 votées par l'Assemblée de la Polynésie française, visant à rechercher une maîtrise des dépenses de santé, ont été contournées et ne produisent pas les effets attendus. Dans un contexte de recherche d'une maîtrise des dépenses de santé, et surtout depuis de l'ouverture du nouvel hôpital, il est crucial d'opter pour un mode de financement qui permette la connaissance des coûts et la régulation des dépenses, tout en garantissant une juste rémunération de l'activité.

4. Le ministère chargé de ce secteur doit être réhabilité dans son rôle de régulateur du système de santé et de son financement

4.1. Les risques sanitaires identifiés rendent incontournable une réactivation des politiques de prévention

S'il est acquis que la prévention a constitué très tôt une préoccupation des autorités de la Polynésie française, il apparaît cependant que l'évolution récente marque le déclin des politiques de prévention, qu'il s'agisse de leur financement ou de leur accompagnement institutionnel.

4.1.1. Les dépenses consacrées à la prévention connaissent une évolution erratique qui témoigne de la nécessité de redéfinir les priorités et les opérateurs de la prévention

4.1.1.1. Données sur l'évolution générale des dépenses de prévention du ministère de la santé

En F CFP

SERVICES du chapitre 950 (970 depuis 2007 ⁴⁴)	Libellé service	2005	2006	2007	2008
80001	Services centraux - Programmes de prévention			69 153 650	74 975 000
80014	Pharmacie d'approvisionnement – Préventif (programme EPAP en 2005-2006)	56 144 661	243 763 342	280 038 943	254 954 224
80015	Autres programmes financés par l'EPAP	136 660 461	13 021 306		
80016	Dépistage de cancers	164 026 877	169 403 460	352 591 346	135 081 756
80017	PROGRAMME EPAP TABAGISME		19 808 440		
80018	PROGRAMME EPAP TOXICOMANIE		18 455 004		
80019	PROGRAMME EPAP SIDA		13 102 909		
80021	PROGRAMME EPAP ALLAITEMENT MATERNEL		15 536 556		
80022	PROGRAMME EPAP LIEUX D'ACCUEIL PETITE ENFANCE		8 657 670		
80023	EPAP PROFESSIONNALISATION DES CRECHES ET GARDERIES		13 393 530		
80024	PROGRAMME EPAP HYGIENE DES TUAMOTU GAMBIER		5 483 517		
80025	PROGRAMME EPAP DIABETE		11 797 974		
80026	PROGRAMME EPAP ACCIDENTS DOMESTIQUES		4 996 748		
TOTAL		356 831 999	537 420 456	632 630 289	465 010 980
TOTAL HORS DEPISTAGE CANCERS gynécologiques		192 805 122	368 016 996	280 038 943	329 929 224

Les dépenses des programmes de prévention, hors dépistage des cancers gynécologiques, après avoir enregistré une hausse importante en 2006, ont connu une nette diminution à partir de 2007.

La baisse des dépenses dans le domaine de la prévention en 2007 est toutefois à relativiser, compte tenu de changements d'imputations de certaines dépenses dans les centres de travail. Ainsi, pour les campagnes de communication sur l'allaitement maternel, les dépenses en 2007 sont inscrites au centre de travail 8014 "Protection infantile", qui regroupe les dépenses liées au centre de consultation spécialisée de protection infantile, pour un montant de 17 615 971 F CFP. De même, pour la prévention dans le domaine de la toxicologie, 9 290 462 F CFP sont imputés en 2007 au centre de travail 80004 "Alcoologie et toxicologie", alors qu'il s'agit de dépenses de réalisation de brochures imputées auparavant au centre de travail 80015 en 2005 et 80018 "Programme EPAP toxicologie" en 2006.

Au sein de ces dépenses, les campagnes de communication représentent le premier poste de charges (création et diffusion de campagnes de publicité TV et radio, confection de dépliants, brochures, guides, autocollants, impressions de tee-shirts...).

⁴⁴ Sauf pour le centre de travail 80007 : IFSI Mathilde Frébault (à partir de 2007, s/s ch. 96903 et 96703).

Le caractère erratique des dépenses de communication dans ces programmes de prévention illustre l'absence de programmation pluriannuelle de ces campagnes. Le rapport d'activité 2007 de la direction de la santé ne mentionne aucune étude d'impact de ces diverses campagnes de communication dans les programmes de prévention. Il apparaît une certaine automaticité de la reconduite de ces campagnes de communication sans préoccupation du degré de réalisation de l'objectif de prévention visé, si ce n'est très tardivement dans le cas d'une seule campagne, celle de promotion de l'allaitement maternel.

4.1.1.2. La majorité des actions de prévention ont été financées par l'EPAP jusqu'en 2007

Pour financer ses programmes de prévention divers, la direction de la santé utilisait jusqu'en 2007 des recettes issues des subventions de l'établissement public administratif de la prévention (EPAP) qui est, réglementairement, l'opérateur naturel de la prévention.

Les recettes du budget de la direction de la santé issues de l'EPAP ont évolué de la façon suivante (recettes imputées aux comptes 737-5 en 2005 et 2006, 7475 en 2007) :

En F CFP	2005	2006	2007	2008
Participations de l'EPAP	439 269 550	415 090 179	36 984 068	0

En regroupant ces recettes par principaux programmes de prévention, les actions couvertes par le financement apporté par l'EPAP ont été les suivantes entre 2005 et 2007 :

- programmes de lutte contre le tabagisme :	43 518 128 F CFP ;
- programmes d'hygiène générale aux Tuamotu Gambier :	11 063 722 F CFP ;
- programmes de vaccination :	308 452 677 F CFP ;
- programmes d'allaitement maternel :	48 799 452 F CFP ;
- programmes de lutte contre le sida :	43 391 050 F CFP ;
- programmes de lutte contre l'alcoolologie et la toxicomanie :	42 455 004 F CFP ;
- programmes de lutte contre les cancers gynécologiques :	300 000 000 F CFP ;
- programmes de prévention pour la petite enfance :	40 32 230 F CFP ;
- programmes de prévention des accidents domestiques :	5 720 637 F CFP ;
- programmes de prévention du diabète :	49 280 033 F CFP.

Les diverses conventions de financement, mentionnées en objet à l'appui des titres de recettes, entrent dans le champ des programmes généraux de l'EPAP, prévus à l'article 1^{er} de l'arrêté n°1479/CM du 29 septembre 2003.

A partir de 2007, aucune autre convention de financement n'a été conclue entre l'EPAP et la direction de la santé, alors que l'article 1^{er} de la délibération du 6 décembre 2001 définissant le champ d'action de l'EPAP n'a pas été modifié, et que par conséquent, l'EPAP a théoriquement toujours compétence à participer au financement de ces programmes.

Le rôle central de l'EPAP dans le financement de la prévention, mais aussi en termes d'expertise, se retrouve donc totalement remis en cause à compter de 2007. La gestion des crédits, comme la définition des programmes, sont alors repris en charge par l'administration centrale de la direction de la santé.

4.1.1.3 La prévention de certains cancers a bénéficié depuis 2003 d'une organisation particulière

Le dépistage des cancers gynécologiques occupe une place prépondérante dans l'ensemble des actions de prévention. Seul programme ayant fait l'objet d'une délibération (délibération n° 2003-173 APF du 6 novembre 2003), cette campagne pluriannuelle de dépistage des cancers gynécologiques (cancers de l'utérus et cancers du sein) résulte d'une volonté politique clairement affirmée.

Par cette délibération n° 2003-173 APF du 6 novembre 2003, a été mis en place, au profit des femmes ressortissantes des régimes de protection sociale, un dépistage gratuit individuel intensifié des cancers gynécologiques qui a pour but de diagnostiquer précocement les cancers du col de l'utérus et du sein chez la femme et de diminuer la mortalité par ces types de cancer. Il consiste en des examens réalisés à intervalles programmés dès l'âge de 20 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et dès l'âge de 50 ans pour le dépistage du cancer du sein (article 2 de la délibération).

Cette délibération s'est accompagnée d'un arrêté n°124 CM du 24 août 2004 relatif à l'informatisation de la gestion du dépistage des cancers gynécologiques. Ainsi, a été créé un traitement automatisé d'informations nominatives.

Par ailleurs, a été mise en place une structure de gestion des dépistages, créée pour piloter et suivre le programme, gérer le paiement des actes, recueillir les données d'évaluation et analyser les résultats. Elle était composée d'un médecin coordinateur du programme de dépistage⁴⁵, d'un médecin assistant, d'une infirmière, d'une assistante.

Cette structure semblait prête à dépasser le cadre du dépistage des cancers gynécologiques, puisque son bilan d'activité pour l'année 2006 précisait qu'elle avait préparé une demande de financement auprès de l'EPAP pour étendre son action à d'autres cancers.

Les dépenses pour les campagnes de dépistage de cancers gynécologiques, identifiées par le centre de travail n° 80016, ont évolué de la façon suivante :

CT 80016 : Dépistage de cancers	2005	2006	2007	2008
en F CFP	164 026 877	169 403 460	352 591 346	135 081 756

La hausse significative des dépenses de dépistage des cancers gynécologiques en 2007 ne provient que d'une annulation partielle de recettes de 199 MF CFP, correspondant à un trop perçu sur la convention n° 3.0837-2003/EPAP du 19 décembre 2003.

Les principales dépenses que l'on retrouve imputées au dépistage des cancers gynécologiques concernent des analyses confiées à des laboratoires publics et privés.

L'article 12 de la délibération de 2003 prévoit que « *les professionnels de santé ou établissements de soins privés ou établissements publics hospitaliers, qui souhaitent participer à la réalisation de ce dépistage, s'engagent auprès de la direction de la santé sur la base d'une convention, à respecter les conditions de mise en œuvre, notamment, l'information de la patiente, les modalités de réalisation et de paiement des actes.* »

⁴⁵ Ce médecin coordinateur a depuis réussi le concours de praticien, et est parti au Fare Tama Hau. Le poste est donc vacant.

Trois laboratoires réalisent ces analyses en Polynésie française : un cabinet privé, l'Institut Louis Malardé (ILM) et le CHPF.

Des conventions ont été passées avec ces trois organismes, pour l'exercice 2007, reconductibles tacitement dans la limite de 5 ans.

Selon le rapport d'activité 2007 (point 1.1.1.4 – dépistage cancers gynécologiques), 13 383 frottis de dépistage ont été effectués. Le cabinet privé en a réalisé près de 70 % selon une tarification plus élevée que celle pratiquée au CHPF et à l'ILM.

Le directeur de la santé reconnaît, « à son grand regret », qu'aucune clef de répartition pour adresser les patientes, auprès des laboratoires d'anatomopathologie, des radiologues et des gynécologues n'a été posée.

Par ailleurs, ces conventions, et plus particulièrement celles passées avec le laboratoire privé, ne mentionnent aucun montant des prestations réalisées par les prestataires. Elles se limitent à préciser la tarification de l'acte objet des conventions. Or, en l'espèce, pour chaque exercice de 2005 à 2008, le seuil des marchés publics a été dépassé (30 MF depuis 2004). Pour 2005 et 2006, le seuil des marchés négociés devant être soumis à la commission consultative des marchés a également été dépassé (40 MF CFP en 2004).

Certes, une convention a été conclue avec chacun des médecins de ce cabinet, mais le mandatement ne fait aucune distinction entre les deux médecins, les deux conventions précisant la même domiciliation bancaire, avec le même intitulé : « cabinet de pathologie ».

Il convient de considérer ces conventions comme des marchés relevant du code des marchés publics (CMP).

Il existait d'ailleurs d'autres prestataires de service capables d'effectuer ces actes d'anatomo-pathologie, comme le montrent les conventions avec l'ILM et le CHPF.

Dans le cas présent, compte tenu de l'incertitude portant sur le volume des prestations à payer, la direction de la santé aurait dû passer un marché à bons de commande, conformément à l'article 12 du CMP :

« Lorsque, pour des raisons économiques, techniques ou financières, le rythme ou l'étendue des besoins à satisfaire ne peut être entièrement défini ou arrêté par le marché, la personne responsable peut passer un marché fractionné sous la forme d'un marché à bons de commandes ou d'un marché à tranches conditionnelles.

Le marché à bons de commandes détermine la nature et le prix des prestations susceptibles d'être commandées au cours d'une période déterminée n'excédant pas celle d'utilisation des crédits de paiement ; il peut fixer un minimum et un maximum de prestations arrêtés en valeur ou en quantité ».

Il est donc demandé à la collectivité d'outre-mer de veiller à l'avenir au respect des règles fixées par le code des marchés publics pour tous les laboratoires dont les prestations sont susceptibles de dépasser les seuils fixés par ledit code.

4.1.2. L'évaluation des programmes de prévention est souvent inexistante

4.1.2.1. Le programme de dépistage des cancers gynécologiques comporte son propre dispositif d'évaluation.

Selon l'article 18 de la délibération n°2003-173 du 6 novembre 2003, le programme doit donner lieu à une évaluation de son fonctionnement et de son efficacité, au cours de la 5^{ème} année de mise en œuvre, et tous les cinq ans, sous la forme d'un rapport communiqué au conseil des ministres et présenté à l'assemblée de Polynésie française. Cette évaluation n'a pas encore eu lieu car la direction de la santé attendait la fin de la 3^{ème} campagne 2007-2009 pour la réaliser. Mais il est prévu de demander le concours d'un organisme agréé (INCa : institut national du cancer) pour satisfaire à cette obligation.

Cependant, quelques bilans intermédiaires ont en été réalisés entre 2004 et 2006.

Selon ce dernier bilan du programme, les taux de couverture de la première campagne de dépistage (novembre 2003 à 2005) sont comparables à ceux des départements métropolitains : 37,2 % des femmes de 20 ans ou plus ont été concernées par les frottis et 35 % des femmes de 50 ans ou plus par les mammographies ; ce bilan rappelle que le taux de participation visé est de 70 %, conformément aux normes préconisées par l'OMS.

De 2003 à 2006 :

- 1100 femmes ont été dépistées positives par frottis (anomalies des cellules épithéliales) et 622 femmes dépistées positives par mammographies ;
- 41 cancers du col de l'utérus, diagnostiqués à la suite d'un frottis effectué dans le cadre du programme de dépistage, ont été déclarés au registre des cancers ;
- 58 cancers du sein, diagnostiqués à la suite d'une mammographie effectuée dans le cadre du programme, ont été déclarés au registre des cancers.

Enfin, en 2007, 12 cancers du sein et 5 cancers du col ont été déclarés dans le registre du cancer à la suite à cette 2^{ème} campagne de dépistage des cancers gynécologiques.

4.1.2.2. Les campagnes de prévention de la direction de la santé financées par l'EPAP ne bénéficient pas d'évaluations

Les rapports d'activité de la direction de la santé, dont le dernier date de 2007, ne sont guère précis sur les améliorations consécutives à ces diverses campagnes de prévention. Ceci est d'autant plus regrettable que ce sont ces rapports qui alimentent le rapport annuel présenté par le Président de la Polynésie française, devant les représentants de l'Assemblée de Polynésie française.

Pour avoir une meilleure connaissance des résultats des diverses campagnes de prévention, il faut se reporter aux bilans d'activité joints aux conventions de financement entre l'EPAP et la direction de la santé, bilans qui ne sont cependant pas communiqués aux représentants de l'Assemblée de la Polynésie française. Ils sont néanmoins loin de constituer de véritables évaluations des divers programmes de prévention.

Malgré l'importance de cette question en Polynésie française, il n'existe aucune donnée chiffrée récente sur la prévalence de l'obésité, depuis les dernières études réalisées en 2002. Le rapport d'activité 2007 de la direction de la santé fait état d'une mission d'évaluation de la surveillance des maladies de surpoids, menée dans le cadre de la convention de coopération

avec l'institut de veille sanitaire national. La mission a constaté l'absence de système de surveillance du diabète et en recommande la mise en place.

Au travers de divers bilans, il apparaît une certaine automaticité dans la reconduction de campagnes de prévention, sans de véritables études chiffrées récentes tendant à prouver que ces programmes ont contribué à une amélioration de la santé des polynésiens (en particulier s'agissant de l'obésité). Les programmes sont reconduits d'un exercice à l'autre, sans évaluation préalable.

Toutefois, face à l'arrêt des financements des programmes de prévention sanitaire par l'EPAP en 2007, le comité de santé élargi du 30 janvier 2007 a remis à jour les cellules de promotion de la santé au sein des subdivisions de santé, créées depuis 2003. Cette remise à jour s'est accompagnée d'un programme d'activités prioritaires.

La question d'une révision des politiques de prévention n'a jusqu'à ce jour pas été posée, tant en termes de moyens qui y sont consacrés que de méthodologie.

L'abandon du plan pour la santé a privé les décideurs, comme les acteurs, de document stratégique et a eu pour effet de supprimer le cadre de définition des objectifs et priorités qui en découlait.

Les évaluations sont insuffisantes ou inexistantes, et le service concerné de la direction de la santé (le bureau d'assistance technique et méthodologique), dont c'est pourtant la vocation, ne dispose pas des compétences nécessaires.

La politique de prévention en matière de santé relève plus désormais de la routine que d'un processus dynamique.

4.2. Les besoins en personnels de santé imposent la définition des effectifs souhaités ainsi que la structuration de filières de formation

La connaissance prospective des besoins en personnels de santé revêt une importance particulière, les services de santé constituant avant tout des services où la main d'œuvre reste prépondérante.

Il s'agit aussi de personnels qualifiés dont les conditions d'exercice sont encadrées par la loi. En outre, le recours de plus en plus fréquent à des référentiels ou normes de fonctionnement régissant le fonctionnement de ces activités de soins, a tendance à contraindre de plus en plus le fonctionnement de ces activités.

La détermination des besoins en formation, lorsqu'elle est locale, et, en recrutements, suppose une anticipation forte. Il est donc essentiel de bien cerner les besoins à venir afin d'anticiper les filières de formation à créer, ou développer et le niveau d'effectifs souhaité par profession et par mode d'exercice.

4.2.1. Les études récentes sur les besoins en personnels de santé concluent à la nécessité de revoir les effectifs à la hausse dans les dix prochaines années

Une série d'études a été menée en juin 2009 par le département de planification et organisation des soins de la direction de la santé, sur la situation démographique de diverses professions de santé (médecins généralistes et spécialistes, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers) et une projection des besoins de ces professions a été faite.

Ces études comparent pour ces professions de santé, la densité de la Polynésie française et celle de la Nouvelle-Calédonie, ainsi que celle de la métropole :

Profession	Polynésie française		Nouvelle-Calédonie	France entière	La plus faible densité régionale
	Effectif	DENSITE	Densité	Densité	Densité (2008)
Médecin	531	205	223	337	Picardie : 260
Chirurgien dentiste	112	43	48	67	Haute-Normandie : 40
Pharmacien	127	49	65	114	Basse Normandie : 100
Sage-femme	123	173	138	174	Picardie : 88
Total professions médicales	893				
Infirmier	1146	441	455	783	Centre : 607
Masseur Kinésithérapeute	133	51	47	105	Haute Normandie : 63

Ces études ont, par ailleurs, proposé deux méthodes de projection en termes de besoin pour les 10 années à venir, basées soit sur un objectif de maintien de la densité médicale globale à son niveau au 1^{er} juin 2009, soit sur un objectif d'augmentation, pour arriver au niveau de densité constaté en métropole. Ces estimations ont été réalisées en collaboration avec l'ISPF, grâce aux projections de population, réalisées par ce dernier, à partir du recensement de 2007.

Pour les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques :

Il ressort principalement de ces études et projections que :

- pour les médecins, le vieillissement de leur effectif entre 2010 et 2020 sera très important (plus d'un praticien sur deux, quel que soit son mode d'exercice, aura atteint plus de soixante ans) ; l'analyse des flux de médecins entrants ou sortants sur les dernières années montre que le solde est positif, mais témoigne d'un certain déséquilibre, les médecins « entrants » étant de plus en plus des praticiens salariés ; le besoin estimé est de toute façon positif, même à densité médicale constante, ne serait ce que du fait de la croissance de la population, mais aussi en raison de la démographie de la profession ;
- pour les chirurgiens-dentistes, les données montrent aussi un besoin supplémentaire de recrutements, même à densité identique, ce besoin étant toutefois nettement moindre que pour les médecins, l'effet « vieillissement » étant décalé dans le temps, et la profession ayant fait preuve jusqu'à présent d'une grande stabilité ;

- les données concernant les pharmaciens sont plus problématiques, moins en raison d'un besoin anticipé de renouvellement de l'effectif, que d'un décalage déjà existant avec les densités métropolitaines ; la mise à niveau de cette profession, si elle est jugée nécessaire, supposerait un effort de recrutement considérable ;
- s'agissant des sages-femmes, le profil démographique de cette profession n'indique pas de vieillissement marqué dans les dix prochaines années, la détermination des besoins futurs étant centrée sur l'évolution de la population des femmes en âge de procréer ; dans ce domaine, et sans aucun doute en raison de l'existence d'une formation locale, les densités déjà constatées sont équivalentes à celles de métropole.

Pour les personnels infirmiers

L'âge moyen des professionnels ne laisse entrevoir un besoin de renouvellement dû aux départs en retraite que pour la période 2020-2030. Cependant les autres paramètres sont moins favorables, et vont nécessiter des arbitrages complexes.

En effet, la densité actuelle est égale à 50 % de la densité métropolitaine. De plus, on constate une grande mobilité des professionnels entre la Polynésie française et d'autres territoires.

L'objectif d'un « rattrapage » même partiel conduisant à une densité comparable à celle de la métropole est difficilement envisageable, d'autant que les capacités de formation locales sont limitées, la taille maximale des promotions se situant entre 30 et 40 étudiants. De plus, on constate actuellement des taux d'échec ou d'abandon des études qui font encore chuter les effectifs de diplômés. En 2008, par exemple, un recrutement initial de 30 étudiants s'est traduit par une sortie de diplômés de 23.

Conclusion sur les projections faites

Les données et hypothèses de formation et de recrutement, toutes filières confondues, sont donc assez bien cernées. Pour autant, les décisions à prendre, ne doivent pas se limiter à des choix entièrement contraints par les scénarios décrits par les études de la direction de la santé, notamment le second scénario qui ne peut conduire qu'à constater la nécessité de procéder à des « rattrapages », dont rien ne prouve qu'ils soient possibles, ni même souhaitables.

Les densités de personnels de santé constatées en métropole ne constituent pas forcément un modèle ou un objectif adapté au contexte polynésien. De plus, ces différences d'effectifs traduisent aussi des niveaux incomparables de développement des structures et de services offerts, de même qu'elles ne rendent pas compte du recours par la Polynésie française aux services extérieurs pour assurer certaines activités qui comptent parmi les plus consommatrices de personnels de santé.

Enfin, il est certain que les capacités de formation proposées localement ne pourront suffire à pourvoir aux besoins tels qu'ils se profilent. Il est donc indispensable d'intégrer le fait que les besoins en personnels seront vraisemblablement largement satisfaits par le recours à des professionnels extérieurs à la Polynésie française.

Il ne peut donc être question d'appliquer mécaniquement les résultats découlant des densités comparées. Il s'agit bien d'adopter les principes d'une politique propre à la Polynésie française.

4.2.2. Certaines filières de formation, telle que celle des infirmiers, sont soumises à des exigences nouvelles

La formation locale d'infirmiers s'est compliquée eu égard aux contraintes nouvelles découlant de la réforme des études d'infirmières en Europe, ces difficultés ayant même entraîné la suspension de la formation.

Le service compétent de la direction de la santé n'a pas anticipé les changements substantiels qui ont intéressé les conditions de délivrance des diplômes d'Etat d'infirmier, alors que ces procédures conditionnaient leur validation en Polynésie française.

Il s'en est suivi une période longue, de 2006 à 2009, durant laquelle les étudiants en soins infirmiers ne se sont vu délivrer que des attestations provisoires à l'issue de leur formation.

Cette situation anormale et comportant des risques non négligeables, en particulier d'exercice illégal de la profession, n'a ému ni les autorités ministérielles, ni les employeurs jusqu'au 5 décembre 2007, date à laquelle le ministre de la santé de la Polynésie française a saisi son homologue au niveau national.

En réponse, le ministre de la santé rappelait le 16 décembre 2008 au ministre de la santé de Polynésie française les termes de l'article R.373-3 du code de l'éducation, qui dispose notamment que :

« Les diplômes ou titres à finalité professionnelle préparés en Polynésie française et délivrés par cette collectivité sont, à la demande de leurs autorités, reconnus par un arrêté des ministres intéressés ».

Afin de régler au mieux la situation, le ministère de la santé national suggérait aux autorités de la Polynésie française, d'adresser au haut Commissaire de la République une demande de reconnaissance du diplôme polynésien d'infirmier.

Or, jusqu'à l'intervention d'une loi du pays du 28 janvier 2009⁴⁶, il n'existait pas de diplôme polynésien qui aurait pu être délivré par la collectivité d'outre-mer, puis donner lieu à une reconnaissance par les autorités françaises selon les dispositions de l'article R. 373-3 précité.

C'est pourquoi, à la demande du Président de la Polynésie française, et après confirmation apportée par le ministère de la santé national, le haut commissaire a délivré en novembre 2010 au niveau local des diplômes d'Etat d'infirmier, sur le fondement d'une part des articles 168 et 169 de la loi organique du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française qui organisent le concours, notamment technique, de l'Etat à la Polynésie française, et d'autre part, d'une convention passée « entre le haut commissaire et la DRASS de Bretagne » (convention signée le 18 août 2009).

⁴⁶ Si la loi du pays a créé le diplôme polynésien d'infirmier, aucune disposition n'a été prise pour organiser les conditions de déroulement de la scolarité, ni de délivrance.

Pour l'avenir, la direction de la santé de la Polynésie française a recruté un directeur pour l'institut de formation des professions de santé en août 2010 afin de satisfaire aux conditions posées par la direction générale de l'offre de soins en mars 2010.

4.2.3. Les dispositifs incitatifs existants ne sont pas évalués

Conformément aux articles 18 à 25 de l'arrêté n°366/CM du 13 avril 2006, relatif aux allocations de la Polynésie française pour études supérieures, reprenant les dispositions de l'arrêté n° 603 CM du 9 mai 2003, des bourses majorées sont accordées sans distinction sociale, au mérite, au vu des résultats des étudiants poursuivant des études dans les filières dites prioritaires. Un arrêté en conseil des ministres fixe chaque année :

- les filières prioritaires concernées ;
- le nombre de bourses pouvant être accordées dans chaque filière ;
- le niveau d'études requis pour bénéficier de l'allocation.

Dans le secteur de la santé, les filières prioritaires bénéficiant de ce dispositif sont indiquées en annexe VIII.

Le montant mensuel des bourses varie entre 75 000 F CFP et 150 000 F CFP, et le renouvellement des bourses majorées s'effectue jusqu'à obtention du diplôme pour la filière initialement prévue.

Par ailleurs, les bénéficiaires d'une bourse majorée s'engagent personnellement, par convention, à servir en Polynésie française, dans le domaine correspondant aux études suivies. Cet engagement prend effet dès l'obtention du diplôme initialement prévu. Sa durée initiale de 10 ans (arrêté n°603 CM du 9 mai 2003), a été remplacée, depuis l'arrêté de 2006, par le double du nombre d'années d'études en qualité de boursier bénéficiaire. Le non-respect de cet engagement entraîne le remboursement des sommes perçues.

Enfin, sur demande du bénéficiaire, une expérience professionnelle, hors de la Polynésie française, peut être autorisée par le ministre concerné dans la limite de deux années après la fin des études. Toutefois, pour les études hautement spécialisées requérant des formations postdoctorales en milieu spécialisé, n'existant pas en Polynésie française, les bénéficiaires peuvent faire l'objet de mesures dérogatoires, notamment dans le domaine des spécialités médicales et de recherche.

Pour le secteur santé, les quotas (nouvelles demandes et renouvellements) ont été fixés à partir de l'année universitaire 2006/2007 comme indiqué en annexe VIII.

Il en ressort que le nombre de formations pouvant ouvrir droit à l'obtention de bourses majorées a diminué fortement depuis l'année scolaire 2008/2009.

S'agissant des bourses majorées, aucun bilan ne semble avoir été dressé quant au respect par les anciens boursiers des professions de santé de l'obligation d'exercice de 10 ans en Polynésie française, puisque la DPOS a pu constater que certains bénéficiaires, récemment diplômés, exerçaient en métropole.

4.3. L'adaptation de l'offre de soins et l'organisation de l'administration de la santé restent à décider

L'organisation des structures de soins relevant directement de la compétence du ministère de la santé n'a pas fait l'objet d'une actualisation depuis leur création.

Si l'implantation et les services attendus des structures de soins primaires ne posent pas d'interrogations particulières, il n'en est pas de même pour les hôpitaux périphériques et la pharmacie centrale d'approvisionnement.

Le poids relatif croissant du CHPF, la présence du secteur privé à Papeete et l'importance du recours aux transports sanitaires vers la métropole conduisent à s'interroger, en particulier, sur la place que doivent occuper les hôpitaux périphériques dans ce dispositif centré sur Tahiti.

4.3.1. La question de la place des hôpitaux périphériques dans le système hospitalier

Les hôpitaux administrés directement par la direction de la santé sont dénommés "hôpitaux périphériques", cette qualification reflétant bien la perception que les décideurs ont de ces structures : en périphérie géographique de Tahiti et du CHPF, et en périphérie, s'agissant du niveau de compétences disponibles.

Très régulièrement, les questions de leur rattachement au CHPF et de leur vocation sont posées, tant dans le débat public, que dans le discours officiel.

C'est ainsi que le ministre de la santé, dans un communiqué de presse du 10 juin 2009, évoquait la nécessité de « *mieux positionner les hôpitaux périphériques dans le paysage sanitaire de l'offre de soins hospitalière publique* ».

Depuis plusieurs années, nombre de missions ou d'audits sont diligentés sur ce sujet, provoquant des missions sur site, sans aboutir toujours à des restitutions formelles.

Au-delà d'un débat sur l'appellation de ces établissements, il y a vraisemblablement des interrogations plus profondes sur leur identité, leurs missions, leur organisation et, par conséquent, sur leur statut et leur management.

4.3.1.1 Les missions assignées aux hôpitaux périphériques sont précises

Le ministre de la santé dans son intervention à l'assemblée du 14 mai 2009, explicitait en ces termes le rôle qu'il assignait aux hôpitaux périphériques :

« Ces hôpitaux périphériques dans le système hospitalier polynésien ont pour vocation un double rôle qui permettra de ne pas asphyxier le CHPF. Celui de maintenir dans les archipels des malades ne nécessitant pas des soins de haute technicité ce qui permet de faire des économies en évacuations sanitaires, et celui d'organiser au plus vite leur retour du CHPF vers les hôpitaux périphériques, pour leurs soins de suite ou pour des soins palliatifs. »

L'organisation d'une véritable filière de soins hospitaliers est une nécessité incontournable qui implique une bonne communication entre le CHPF et les hôpitaux périphériques (...). ».

Le ministre exprimait ainsi ses orientations politiques en cohérence avec le schéma d'organisation sanitaire.

Sans remonter aux actes créant formellement les hôpitaux, il est suffisant d'en relever la liste dans la délibération n°2002-170 APF du 12 décembre 2002 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire pour la période 2003-2007, à l'article traitant du cadre général de l'organisation des soins :

« Un niveau de proximité renforcée (...) Ce niveau est représenté par les structures hospitalières périphériques de Uturoa, Taiohae, de Taravao et de Moorea ».

L'identification de ces structures en tant qu'établissement hospitalier ne leur confère cependant pas pour autant un ensemble homogène de missions, l'arrêté n° 673 CM du 15/04/2004 laissant une grande variété de possibilités pour définir les unités et donc les activités propres à chaque établissement.

Chaque hôpital comporte au moins une ou plusieurs de chacune des unités suivantes :

- accueil, réception des urgences ;
- médecine, certaines unités étant éventuellement spécialisées ;
- gynécologie-obstétrique ;
- radiodiagnostic ;
- biologie médicale ;
- consultations et soins pour malades externes ;
- pharmacie.

Eventuellement :

- soins intensifs ;
- pédiatrie ;
- chirurgie, certaines unités étant éventuellement spécialisées ;
- anesthésiologie.

Il peut comporter, en outre :

- des équipements d'exploration fonctionnelle ;
- des locaux et des équipements de rééducation fonctionnelle permettant le traitement des malades hospitalisés et des malades externes.

Le schéma d'organisation sanitaire ne contredit pas ces dispositions, puisqu'il dispose que toutes les prestations en matière d'hospitalisation, telles qu'énumérées ci-dessus, peuvent ne pas être toutes représentées.

Néanmoins, la vocation de chaque hôpital est précisée et, fort logiquement, les activités correspondantes y sont listées.

Ont vocation à assurer les hospitalisations de courte durée en médecine, obstétrique et chirurgie les hôpitaux d'Uturoa et de Taiohae (Marquises), et à assurer les soins primaires, les hôpitaux de Taiohae, d' Afareaitu (Moorea) et de Taravao.

Selon le schéma, ils ont tous vocation à assurer des soins de suite et de longue durée.

Le schéma apporte en outre les précisions nécessaires sur les activités techniques à mettre en œuvre pour satisfaire aux missions énoncées (annexe IX).

A l'heure actuelle, les activités existantes sont les suivantes :

Hôpital d'Uturoa : médecine (y compris pédiatrie), chirurgie et obstétrique en hospitalisation et en consultations, service d'accueil des urgences ainsi que les activités médico-techniques supportant les activités cliniques. Le service de soins de suites est, pour sa part, inactivé.

Hôpital de Taiohae : médecine, chirurgie, obstétrique et urgences, ainsi que les activités médico-techniques support. Il n'y a pas de soins de suite identifiés.

Hôpital de Taravao : les activités se pratiquent en consultation de médecine et en service « porte-urgences », de même en hospitalisation de médecine générale et en long séjour.

Hôpital de Moorea : consultations en urgence ou non, accouchements et suivis de grossesse, et hospitalisations de médecine. Les missions prévues par le schéma sont déployées, sauf les activités de soins de suite.

4.3.1.2. L'exercice des missions des hôpitaux périphériques est confronté à des problèmes difficiles à résoudre

Les hôpitaux périphériques génèrent une activité modeste, qui ne peut pas être comparée à celle des établissements public et privés de PAPEETE, mais qui doit néanmoins être évaluée, car elle pose notamment la question du seuil de rentabilité des activités, et celle de la viabilité des équipes hospitalières.

La taille réduite des structures et leur faible niveau d'activité, ainsi sans doute que leur isolement, compliquent à l'évidence la pérennisation d'équipes médicales et soignantes complètes. L'implantation de spécialistes est encore plus problématique dans la mesure où il est difficile de les occuper utilement à temps plein et que, par ailleurs, l'exercice de leur art suppose des volumes d'activité et des dotations en moyens techniques qui ne se justifient pas ou peu. C'est le cas des radiologues, des biologistes, des pharmaciens ou encore des gynécologues-obstétriciens. Les activités relevant de ces disciplines, néanmoins utiles, sont assurées par les agents sous le contrôle des médecins, anesthésistes et chirurgiens, ou dans le cas de la pharmacie, à distance par un pharmacien.

Ces modes d'exercice, dont on comprend la justification, comportent cependant des risques qu'il conviendrait de chercher à réduire par une mise en conformité plus volontariste et en faisant appel à des technologies éprouvées, permettant, par voie conventionnelle, de recourir à des compétences distantes notamment en biologie et en imagerie (radiologie et certaines échographies).

En revanche, le problème de la dispensation des produits pharmaceutiques ne peut se résoudre que par un accroissement des compétences pharmaceutiques, d'ailleurs théoriquement disponibles (un poste de pharmacien a été gelé à l'effectif).

S'agissant des effectifs qualifiés, médicaux et soignants, le contexte de recherche de l'équilibre budgétaire de la collectivité d'outre-mer, ainsi que les procédures en vigueur, entraînent des à-coups dans les recrutements et les niveaux d'effectifs opérationnels varient sensiblement selon les périodes. Plus l'établissement est petit et plus les effets de ces contretemps sont importants et déstabilisent des organisations qui reposent sur des équipes restreintes.

Les équipes médicales sont les plus fragiles et la rotation élevée des praticiens, qui entraîne des vacances d'emplois, met, le cas échéant, des activités en péril, telles que celles de l'accueil des urgences, et plus encore celle du SMUR à l'hôpital de Taravao.

Quant à l'utilité de ces structures, les données globales suivantes doivent être prises en compte.

En médecine, les capacités en lits des hôpitaux périphériques représentent 24 % du total des capacités de la Polynésie française. Leur activité, exprimée en entrées, représente la même proportion, soit 24 % des entrées enregistrées dans tous les établissements. La durée de séjour y étant sensiblement inférieure à celle du CHPF, le taux d'occupation est moindre.

Les chiffres traduisant l'activité de médecine ambulatoire ne peuvent donner lieu à une quelconque comparaison (poids de la dialyse et de la cancérologie notamment). On notera toutefois qu'il est probable que la durée de séjour des hôpitaux périphériques atteste d'un mélange des deux types d'hospitalisation.

Activité de médecine en hospitalisation complète				
	Lits installés	Entrées	Journées	Taux d'occupation
Moorea	12	868	2 355	46%
Taravao	22	679	3 605	48%
Uturoa	30	953	3 673	48%
Taiohae	10	561	2 145	59%
CHPF	164	5 901	47 757	80%
Cl. Cardella	34	2 001	11 216	90%
Cl. Paofai	37	1 858	11 279	83%

En chirurgie, les hôpitaux périphériques représentent 16 % des capacités chirurgicales de la Polynésie française, et produisent 12 % des entrées. Leur contribution à la chirurgie ambulatoire est insignifiante. Dans la mesure où ils ne développent pas de chirurgie de spécialité et que les durées de séjour sont basses, il est probable, comme en médecine, que les indications relèvent à la fois de l'ambulatoire et de l'hospitalisation complète.

Activité de chirurgie en hospitalisation complète				
	Lits installés	Entrées	Journées	Taux d'occupation
Uturoa	22	1 081	3 627	46%
Taiohae	9	326	1 428	43%
CHPF	97	4 828	28 831	81%
Cl. Cardella	27	2 057	5 853	59%
Cl. Paofai	34	2 620	9 665	78%

En obstétrique, les lits des hôpitaux périphériques représentent 20 % des capacités totales, les entrées s'établissant à 14 % des entrées totales.

Activité d'obstétrique en hospitalisation complète				
	Lits installés	Entrées	Journées	Taux d'occupation
Uturoa	17	970	4 110	66%
Taiohae	10	121	1 477	40%
CHPF	75	3 623	20 092	73%
Cl. Cardella	18	1 399	4 672	71%
Cl. Paofai	21	1 556	6 591	86%

Il serait pertinent de s'interroger sur ces niveaux d'activité, dans toutes leurs composantes médicales, sociales et économiques, afin de déterminer ce qui est jugé indispensable par les autorités :

- soit ces hôpitaux, sont considérés comme assurant l'urgence (encore faudrait-il la définir et en identifier les données actuelles), et dans ce cas, le niveau d'activité importe peu ;
- soit ces établissements assurent la plénitude des missions que la réglementation leur permet et ils doivent optimiser et étendre leurs prestations afin de rentabiliser les plateaux techniques et les ressources humaines déployés.

Il ne semble pas qu'à l'heure actuelle cette dernière préoccupation ait été appréhendée. De fait, aucun objectif ne leur est fixé ni en terme de coût, ni en terme d'activité.

Toutes ces carences ou difficultés de fonctionnement des hôpitaux périphériques et la perspective de l'ouverture de l'hôpital du Taaone ont incité les ministres à envisager de retirer ces établissements de la compétence directe de la collectivité d'outre-mer, sans toutefois en percevoir tous les aspects.

4.3.1.3. Le statut et le management des hôpitaux périphériques doivent être revus

Les propositions de réorganisation les plus souvent évoquées consisteraient à rattacher les hôpitaux périphériques au CHPF, dont ils deviendraient, sur le plan comptable, des budgets annexes :

« La formule la plus simple, la plus pragmatique et la plus efficiente à explorer est le rattachement des hôpitaux périphériques au centre hospitalier du Taaone sous la forme de budgets annexes (...). Cette décision n'aurait guère d'impact financier, ni pour l'assurance maladie, ni pour le budget du Pays, puisqu'il s'agirait au départ d'un transfert de charge du budget du Pays vers celui des budgets annexes du CHPF qui seront créés pour chaque hôpital périphérique⁴⁷ ».

Cette option pourrait avoir des conséquences tant en ce qui concerne le financement de la santé qu'en ce qui concerne l'organisation interne de ces structures.

⁴⁷ Intervention de M. BERTHOLON le 14 mai 2009 devant l'Assemblée de la Polynésie française.

Pour le moment, et depuis 15 ans, les établissements périphériques sont financés majoritairement par le budget de la Polynésie française et, accessoirement, par des recettes tirées de la CPS. Il n'y a pas eu jusqu'à présent de volonté de faire évoluer les choses, ce qui a pour double conséquence, d'une part de grever indûment le budget de la collectivité d'outre-mer qui finance clairement des dépenses relevant de l'assurance maladie, et d'autre part de n'accorder aucune responsabilité aux gestionnaires de ces centres de soins. Une dynamisation des hôpitaux périphériques passe par une recherche de la connaissance de leur activité, de ce qu'elle coûte et de ce qu'elle rapporte.

En l'absence de comptabilité analytique, on ne peut qu'estimer les dépenses réelles de ces établissements à équilibrer par les recettes. Personne n'est donc en mesure de fixer le résultat prévisionnel de ces hôpitaux et par conséquent d'étayer la thèse selon laquelle la décision de leur rattachement au CHPF « *n'aurait guère d'impact financier* ».

Gérées sous forme de budgets annexes du CHPF, ces structures dégageraient un résultat qui se reporterait sur le budget principal. Il est donc impératif de statuer au préalable sur ce que l'on veut comme mode de financement de l'activité et prendre en considération la réalité des dépenses qu'elle génère.

Quelle que soit la décision prise quant à l'évolution statutaire des hôpitaux périphériques, le niveau de compétence et d'organisation de leur administration s'avère insuffisant. Toute évolution, souhaitable par ailleurs, accordant un rôle accru aux gestionnaires déconcentrés doit s'accompagner d'un effort de formation et d'organisation important et suppose aussi qu'un système d'information minimum soit fonctionnel dans ces établissements, et leur permette de communiquer avec l'extérieur. Un examen rapide de l'existant permet d'affirmer que rien n'annonce pour le moment la faisabilité d'une telle démarche, aucune priorisation des secteurs à développer n'étant non plus établie. Élément clé de la gestion hospitalière, la gestion administrative des malades repose sur des opérations manuelles, réalisées pour partie dans les services de soins, et pour une autre au bureau des entrées. Le gestionnaire administratif du bureau des entrées dispose certes « de l'informatique », mais travaille sur « Excel », ce qui relève de l'artisanat plus que de l'organisation administrative.

L'affirmation selon laquelle « *les outils de la comptabilité analytique du CHPF et du programme de médicalisation des systèmes d'information permettront de suivre avec précision l'activité et les coûts de chacun des hôpitaux périphériques* » est également discutable.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) doit être confronté aux données administratives de la gestion des malades, elle-même embryonnaire. Le déficit de moyens d'information et de communication constitue aussi un frein sérieux à un tel développement. Il est peu probable que le CHPF soit intéressé à gérer des saisies manuelles et à effectuer les redressements inévitables des dossiers ressortant en erreur. Il apparaît aussi clairement que les hôpitaux périphériques ne disposent pas de service financier ni d'information médicale et l'on imagine mal que les services du CHPF puissent totalement combler cette lacune.

De toute façon le PMSI, en lui-même, ne permet pas d'apprécier les coûts, et les arbitrages doivent être rendus sur la tarification et le financement des établissements qui sont souhaités.

Si les orientations développées en mai 2009 par le ministre devaient être confirmées, une phase préparatoire importante devrait précéder toute mise en œuvre effective des mesures correspondantes. En premier lieu, elle devrait comporter le recensement des points critiques et l'enchaînement de leur résolution.

Au 20 janvier 2010, seul l'hôpital d'Uturoa était doté d'un directeur affecté exclusivement à cette tâche, le poste similaire à l'hôpital du Taiohae étant gelé. L'hôpital de Taravao est confié, à temps partiel, au responsable du département financier de la direction de la santé, et celui de Moorea, au médecin responsable de la subdivision de la santé de cette commune.

La situation actuelle n'est donc pas satisfaisante et est créatrice de risques, notamment pour le ministre lui-même, tant en raison des vacances d'emplois de direction, des délégations de compétences limitées consenties aux directeurs d'établissement lorsqu'il y en a, que du fait des entorses dans les établissements territoriaux aux règles de conformité édictées par ses propres services.

Sous cet angle, l'affirmation de la pertinence du rattachement de toutes les structures périphériques au CHPF a sans doute court-circuité l'examen des responsabilités et des tâches réellement confiées à ces responsables. Il semble toutefois admis que la situation présente doit être modifiée.

Il paraît néanmoins peu opérant de traiter les quatre établissements de façon identique, leurs tailles respectives, leurs missions et la place qu'ils occupent dans leur environnement n'étant pas comparables. Il est donc nécessaire d'arbitrer les missions respectives des établissements, leur mode de financement et leur gouvernance. Sur le fond, il est tout aussi essentiel de préciser ce qui est attendu de leur activité, en technicité et en volume.

Dès lors, il n'est pas à exclure que les hôpitaux périphériques d'Uturoa et de Taiohae, qui concentrent tous deux les missions centrales de l'hospitalisation, puisqu'ils assurent les trois disciplines majeures que sont la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, puissent un jour être dotés de la personnalité morale pour permettre une véritable autonomisation de leur gestion.

En revanche, ceux de Taravao et de Moorea pourraient être plus facilement rattachés, sous forme de budgets annexes, au CHPF, puisque leur activité s'inscrit clairement dans la complémentarité de cet établissement, dont ils sont géographiquement proches, ce qui permettrait, en outre, de décharger la direction de la santé de leur gestion directe.

La direction de la santé pourrait mettre à profit cette réforme pour améliorer la représentation des personnels dans la gestion de ces structures.

4.3.2. Le statut et le fonctionnement de la pharmacie centrale d'approvisionnement peuvent être améliorés

4.3.2.1. Le cadre légal des activités pharmaceutiques doit être précisé.

Le champ de compétence des pharmaciens hospitaliers n'est pas suffisamment délimité. La délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1998, modifiée par celle du 27 mars 2002, définit les caractéristiques de l'exercice de la profession de pharmacien.

Très peu de dispositions concernent directement les pharmacies hospitalières. La réglementation locale ne permet donc pas de définir la vocation de ces services hospitaliers.

S'agissant d'ailleurs des seules considérations spécifiques aux hôpitaux (article 2-1 modifié), le recours à l'expression "pharmacie à usage intérieur" ne donne lieu à aucune précision.

Il serait utile de compléter les textes en vigueur pour, au minimum, encadrer ce qui se fait déjà sans texte.

Dans les missions principales du pharmacien, il serait bon de reconnaître sa responsabilité dans la dispensation et l'évaluation du bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

De même, et selon une place à définir, il conviendrait de le positionner dans les actions de matériovigilance, de pharmacovigilance et de sécurisation du circuit du médicament.

Dans ses missions optionnelles, certaines activités devraient faire l'objet d'une identification et d'un régime d'autorisation en raison des risques inhérents, d'autres être soumises à évaluation périodique.

A cette occasion, pourraient être identifiées les prestations qui ne se retrouvent pas dans les définitions légales de 1988 et 2002.

De même, la responsabilité de fait du pharmacien sur les gaz médicaux et la stérilisation mériterait des développements particuliers.

4.3.2.2. L'organisation de la pharmacie d'approvisionnement est à modifier

Selon l'arrêté n°673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la direction de la santé, la pharmacie d'approvisionnement est un bureau du département administratif et financier (DAF) de la direction de la santé. Elle est chargée, selon l'article 6, e) de cet arrêté, de :

- « gérer les produits pharmaceutiques et à usage médical ;
- « approvisionner les structures et d'optimiser les moyens techniques et financiers mis à sa disposition ».

La réalité de l'organisation de la pharmacie d'approvisionnement ne respecte pas cependant la présentation théorique posée succinctement par cet arrêté.

D'une part, le directeur du DAF n'exerce aucun pouvoir hiérarchique sur la pharmacie d'approvisionnement. Ceci est confirmé par l'arrêté n°3825/MSP du 10 juillet 2009, selon lequel la responsable de la pharmacie d'approvisionnement a reçu délégation de signature du ministre de la santé, comme responsable d'un échelon déconcentré, alors que la pharmacie d'approvisionnement dépend, selon l'organigramme, du département administratif et financier.

Cette délégation de signature concerne l'engagement et la liquidation de l'ensemble des dépenses pharmaceutiques et des dispositifs médicaux, sans limitation de montant⁴⁸. Ceci est conforme à l'exclusivité de compétences d'un pharmacien pour la fourniture de tels produits.

D'autre part, la pharmacie d'approvisionnement n'achète pas l'ensemble des médicaments des formations sanitaires de la direction de la santé. En effet, l'hôpital d'Uturoa se fournit aussi directement auprès de l'officine libérale de la commune, pour des besoins urgents. Mais les dépenses directes de médicaments de cet hôpital sont faibles par rapport à l'ensemble des dépenses en médicaments de la pharmacie d'approvisionnement (entre 5 et 10 MF CFP par an).

Une autre question, qui avait été posée à l'occasion du dernier examen de la gestion de la direction de la santé par la chambre, n'a pas été résolue depuis. Il s'agit du regroupement, ou à tout le moins la mise en œuvre d'une politique d'achats groupés de certains médicaments entre la pharmacie d'approvisionnement et celle du CHPF :

Extrait du rapport d'observations définitives de la CTC du 3 août 2004:

« La PHARMAPPRO approvisionne l'ensemble des structures de santé publique sauf le Centre hospitalier territorial qui dispose de sa propre pharmacie et l'on peut s'étonner de l'absence de concertation DSP/CHT en matière d'achats [Les relations avec le CHT existent pourtant, mais sont limitées aux cas de ruptures de stocks, de difficultés ponctuelles, de dépannage, dans un sens comme dans l'autre. Le stock constitué par les produits pharmaceutiques spécifiques à l'hôpital psychiatrique n'a plus lieu d'être : il est écoulé au fur et à mesure des demandes du CHT auprès duquel a été transférée l'unité psychiatrique]. Même limité à certains médicaments (les produits consommés n'étant souvent pas de même nature : le CHT pratique une médecine spécialisée alors que les structures de la direction de la santé publique dispensent plutôt une médecine dite de ville), la mise en œuvre d'un système d'achats groupés serait en effet susceptible de permettre des économies non négligeables. »

Comme il a pu être relevé lors de l'examen de la gestion du CHPF, l'étude confiée en avril 2008 au cabinet LOGICARE, pour la réalisation d'une plateforme logistique externe au nouvel hôpital pour gérer le stock des médicaments de la pharmacie du CHPF, préconisait également une autre étude « pour évaluer l'impact économique et sur le fonctionnement des synergies potentielles avec l'activité hospitalière (4 établissements périphériques) de l'entité « PHARMAPPRO », à laquelle l'outil pourrait s'ouvrir ».

Cette étude ne semble pas avoir été proposée à la direction de la santé, mais la construction par l'établissement d'aménagement et de développement (EAD) de nouveaux locaux de stockage et de distribution des produits pharmaceutiques au bénéfice du CHPF devrait représenter une occasion à saisir rapidement.

⁴⁸ Pour les dépenses autres que ces produits, sa délégation de signature d'engagement et de liquidation est de « droit commun », c'est-à-dire limitée à 1 MF CFP pour le fonctionnement, et 5 MF CFP pour l'investissement.

Pour autant, la perspective de disposer de surfaces de stockage supplémentaires ne saurait réduire les termes du débat à ces seuls critères. Il paraît en effet plus pertinent de raisonner en termes de référentiel métier, les activités de la « PHARMAPPRO » étant en effet principalement des activités de grossiste répartiteur, accessoirement d'approvisionnement de type hospitalier.

4.3.2.3. Le ministère de la santé devrait sans tarder veiller au respect des dispositions de la réglementation locale pour les préparateurs en pharmacie

La délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie prévoit :

« Art. 35.- Est qualifié préparateur en pharmacie toute personne titulaire du brevet professionnel institué à la présente section.

Art. 36.- Les conditions de délivrance du brevet professionnel de préparateur en pharmacie sont fixées par arrêté en conseil des ministres, pris après avis d'une commission composée paritairement de deux représentants des pharmaciens, des préparateurs en pharmacie exerçant sur le territoire et de la direction de la santé publique. Ses membres sont nommés par le ministre de la santé.

Art. 39.- Nul, s'il ne répond aux conditions fixées à l'article 35 du présent titre, ne peut se qualifier préparateur en pharmacie ni, notamment sur le plan professionnel, user des droits et prérogatives attachées à cette qualité, sous peine de sanctions prévues à l'article 259 du code pénal. En cas de récidive, la peine sera doublée.

Art. 40.- Tout pharmacien qui aura employé, même occasionnellement, aux opérations prévues à l'article 37 une personne ne satisfaisant pas aux conditions fixées par la présente section sera passible des peines prévues à l'article 39. Des dispositions transitoires seront prises par arrêté en conseil des ministres. »

Aucun arrêté n'a été pris pour l'organisation de ce brevet professionnel. Pour la pharmacie d'approvisionnement de la direction de la santé, sur les 4 postes de préparateurs en pharmacie portés à l'effectif, seul un agent dispose du brevet professionnel.

4.3.2.4. Les comptes de la collectivité d'outre-mer ne retracent pas les stocks

Les comptes de gestion de la Polynésie française, tenus par le payeur, ne présentent aucun compte de stocks. Ainsi, il n'existe pas, par exemple, de trace comptable du stock de médicaments, alors que, selon la pharmacienne de la PHARMAPPRO, le stock au 10 septembre 2009 avait une valeur de 164 millions de F CFP.

Le stock est informatisé depuis 1998. Mais depuis août 2008, il est suivi grâce au logiciel de gestion de stock PHARMA® (entrées et sorties en stock comptabilisées en quantité et en valeur). Cependant ce logiciel n'a pas encore été validé car il fournit des données anormales (erreurs de prix par exemple).

Les inventaires sont réajustés au minimum annuellement et pour certains produits, ponctuellement au cours de l'année, lorsqu'on constate des écarts entre le stock physique et le stock informatique.

Or, selon l'arrêté n°1430 CM du 25 octobre 2007, créant et modifiant les subdivisions des comptes de la nomenclature budgétaire et comptable de la Polynésie française, « *la tenue de la comptabilité de stocks est obligatoire lorsque les achats sont imputés aux comptes 601, 602, et facultatives lorsqu'ils sont imputés au compte 607* ». Au cas d'espèce, les achats de médicaments sont bien imputés au compte 602 "Produits pharmaceutiques et d'hygiène".

Ainsi serait-il indispensable, dans un souci de fiabilité des comptes de la Polynésie française, de valoriser comptablement le stock détenu par la PHARMAPPRO⁴⁹.

4.3.2.5. Le circuit du médicament n'est pas sécurisé du fait de l'éclatement des structures

Deux livrets thérapeutiques, datant de 2007, présentent les conditions de commande des médicaments et dispositifs médicaux pour les centres médicaux et les centres dentaires. Ils décrivent :

- les modalités d'obtention des médicaments auprès de la pharmacie ;
- la commande de spécialités stupéfiantes ;
- les modalités de dispensation des médicaments dérivés du sang ;
- la procédure de commande des gaz médicaux ;
- les modalités de respect de la chaîne du froid pour les médicaments nécessitant une conservation entre +2°C et +8°C.

Malgré les principes édictés par ces livrets, la pharmacienne responsable de la PHARMAPPRO reconnaît de nombreux dysfonctionnements dans les conditions de distribution des médicaments au sein des hôpitaux périphériques.

L'organisation actuelle comporte donc des risques importants quant au contrôle des dispensations des produits pharmaceutiques. Elle ne permet pas non plus le contrôle des dépenses ni de l'état des stocks positionnés dans les lieux multiples de distribution.

4.4 Le Ministère doit se doter des outils et compétences lui permettant de rechercher la maîtrise des dépenses de santé

Privée de tout document de référence, tel que le Plan pour la santé, la Polynésie française n'a plus défini depuis 2005, d'objectifs, ni de programmes de santé formalisés. Le pilotage stratégique de la santé n'est donc plus assuré.

Le système néanmoins fonctionne, mais sur des référentiels anciens, qu'ils soient d'ordre conventionnel ou réglementaire, et dans des conditions qui, ne sont plus supportables dans le cadre de l'organisation actuelle du financement de ces dépenses.

⁴⁹ Seul le stock détenu par la PHARMAPPRO est à valoriser. Celui détenu par les formations sanitaires n'a pas à être constaté en comptabilité des stocks puisque la « consommation » de ces médicaments est réputée avoir lieu dès la distribution à ces formations sanitaires.

La Polynésie française se doit, d'une part de se fixer des objectifs de santé, et d'autre part, de doter le système de santé de mécanismes de régulation dont elle aura la maîtrise.

4.4.1. Pour assumer la compétence qui lui a été confiée sur la santé, la Polynésie française doit fixer ses objectifs

La Polynésie française doit entreprendre sans tarder les consultations préalables à la rédaction, puis à l'adoption d'un nouveau document retraçant ses priorités pour la santé.

Sans qu'il soit besoin de recourir à des expertises extérieures nombreuses et longues, il serait utile de préciser les objectifs visés et les moyens permettant de les atteindre.

La place dévolue à la prévention, les arbitrages concernant la réorganisation de l'offre de soins, en particulier les équilibres entre Tahiti et les archipels, les services et prestations à créer, en complément de l'existant, devraient être fixés dans ce document d'orientation de la politique de santé.

Des schémas de programmation de diverses activités justifiant une individualisation, telles que les formations aux professions de santé, ou le système d'information centré sur le patient, mériteraient d'être élaborés.

La réaffirmation de ces orientations stratégiques doit être en concordance avec les documents existants de programmation et de décision tel que le schéma d'organisation sanitaire. Elle doit être complétée par l'ajout d'outils susceptibles d'accroître le pouvoir décisionnel des autorités de la Polynésie française.

4.4.2 La planification doit être affinée et mieux utilisée

Le cadre et les pratiques actuels en matière de planification et de délivrance d'autorisations d'activités de soins, entrant dans le champ défini par le schéma d'organisation sanitaire, conduisent à autoriser des activités répondant en principe à des exigences précises, mais dont rien ne garantit qu'elles seront respectées, la direction de la santé ne portant, au mieux, qu'une appréciation globale sur ces obligations lors des demandes de renouvellement d'autorisations, c'est-à-dire au terme des autorisations déjà accordées.

Le cadre de définition des obligations et l'architecture générale des organisations qui président à l'exécution des autorisations ne sont d'ailleurs pas marqués par la recherche de l'effectivité de l'exécution des obligations du promoteur.

De plus, ces autorisations, constituant aussi des actes générateurs de dépenses, puisqu'elles créent ou renouvellent des activités, ne donnent pas lieu non plus à un contrôle effectif des conditions économiques de leur mise en œuvre.

La compétence que détient le ministre de la santé sur ces autorisations, est incomplète et le mode d'exercice du dispositif des autorisations qu'il met en œuvre ne lui permet pas de tirer le meilleur parti de procédures qui devraient être exigeantes.

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

Deux apports aux procédures actuelles sont de nature à rendre possible cette évolution, d'une part, en modifiant les unités de compte à retenir, d'autre part, en enrichissant la délivrance des autorisations d'une contractualisation entre le ministre et le promoteur des activités.

Les données représentatives des activités soumises à autorisation retenues jusqu'à présent par le schéma d'organisation sanitaire, et reprises dans les décisions d'autorisations (entrées, journées par discipline), ne donnent qu'une indication volumétrique et peu médicalisée des activités jugées nécessaires par le planificateur pour satisfaire les besoins de la population.

Étant globales et purement statistiques, elles ne rendent pas compte des pathologies prises en charge, ni des dépenses qu'elles vont générer.

La substitution à ces données grossières, de prévisions exprimées en séjours⁵⁰, au sens du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), amènerait un enrichissement de la prévision effectuée par le planificateur, dont bénéficierait l'ensemble du processus, de la planification à l'exécution des autorisations.

Pour autant que la généralisation du PMSI trouve sa concrétisation (elle est prévue par une délibération de l'Assemblée de la Polynésie française d'octobre 1998), la compilation des séjours réalisés pourra autoriser un rapprochement périodique entre les hypothèses ayant présidé à l'octroi de l'autorisation, et la réalité.

S'agissant de notions normalisées, le recours à l'unité de compte en séjours favorise les échanges d'information et les comparaisons. Quel que soit le mode de financement qui sera adopté pour les établissements d'hospitalisation, la valorisation des séjours en francs permettrait aussi d'évaluer les dépenses qui seront mises à la charge des débiteurs, voire même d'en réaliser des simulations.

Cet ensemble de dispositions peut donc avoir pour effet de valoriser les données et hypothèses issues du schéma d'organisation sanitaire et des autorisations particulières, puis de mesurer le respect des engagements des attributaires, en cours d'autorisation, comme au terme de celle-ci.

Les mécanismes relevant de la planification peuvent encore être complétés par une contractualisation avec chaque titulaire d'autorisation, en vue de mieux cerner les divers aspects, qualitatifs et quantitatifs, de la mise en œuvre des activités.

Il paraît en effet excessivement réducteur de considérer que le fait d'autoriser, par exemple une activité de médecine, suffit à décrire ce qui est attendu du titulaire de l'autorisation.

⁵⁰ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) prend en compte les séjours et non les entrées. Chaque séjour est décrit à la sortie du patient, au moyen d'un résumé standardisé de sortie. Les séjours sont classés dans des groupes homogènes de malades qui rendent compte du poids médico-économique de la prise en charge.

Sur le plan qualitatif, il est concevable de déterminer dans le corps du contrat les améliorations que le promoteur s'engagerait à entreprendre, en matière de sécurité ou d'hygiène par exemple.

Sur le plan du volume d'activité, la déclinaison des données du schéma d'organisation sanitaire, exprimées en séjour dans les conditions particulières de l'autorisation, doit assurer l'autorité la délivrant de la cohérence entre les données générales définies par le schéma d'organisation sanitaire et la répartition, autorisation par autorisation, des activités.

4.4.3 La maîtrise de la dépense suppose une révision des logiques actuelles et le choix d'un modèle de régulation

Le conseil des ministres, aux termes de l'article 90 de la loi organique du 27 février 2004, fixe les règles applicables aux prix, tarifs, et montants des prestations au titre des différents régimes de protection sociale.

La fixation de ces prix, tarifs et prestations intervient en fin de processus, après que les montants en ont été discutés par les conseils d'administration, de la CPS notamment, ou par la commission de santé élargie.

S'agissant de la CPS, l'exécutif de la collectivité d'outre-mer n'exerce sur elle qu'une tutelle sur les actes des conseils d'administration des régimes des salariés et des non salariés.

A aucun moment, le ministère de la solidarité et de la famille, qui est le ministère de tutelle de la CPS, ne fixe d'objectifs, ne se prononce sur les moyens à mobiliser, ni enfin ne définit d'indicateurs de mesure des degrés de réalisation de ces objectifs. Le ministère de la santé, pour sa part, est simplement habilité à participer à la politique de maîtrise des dépenses de santé. Cette pétition de principe n'a pas fait l'objet d'une délégation particulière du Président de la Polynésie française au ministre de la santé, pas plus que la collaboration avec son homologue de la solidarité et de la famille n'a donné lieu à un mode d'intervention coordonné sur ce sujet.

En conclusion, l'exécutif de la Polynésie française n'intervient pas directement dans la détermination des niveaux de dépenses de santé. Son intervention est formelle et ne permet ni de faire connaître ses choix, ni de peser sur les évolutions de ces dépenses.

Il conviendrait de revoir les règles de compétence en la matière, et de confier à un ministère unifié (santé-affaires sociales), la mission de conduire une telle politique.

Encore faut-il, au préalable, donner un cadre général à l'exercice de cette compétence nouvelle sur la régulation globale des dépenses de santé, sous le contrôle de l'Assemblée de la Polynésie française.

4.4.3.1. La Polynésie française doit choisir son mode de régulation

Il est temps pour la Polynésie française de choisir son modèle de régulation. Dans ce domaine, deux modèles principaux de régulation des systèmes de santé sont connus.

Le premier modèle est celui de la maîtrise comptable de la dépense. Elle peut revêtir une forme autoritaire, en fixant des seuils ou taux d'évolution, et en prévoyant des sanctions en cas de non respect de ce qui a été déterminé par voie réglementaire. Elle peut adopter un mode incitatif en liant l'atteinte des résultats à des gratifications.

L'autre modèle est celui de la maîtrise dite médicalisée, qui est centrée sur la justification des prises en charge, et l'amélioration des pratiques médicales. Ces deux séries de mesures peuvent se combiner avec une régulation de la demande en instaurant une participation des usagers à une partie de la dépense.

La collectivité d'outre-mer avait, à l'occasion de la généralisation de la protection sociale, conçu des dispositions rigoureuses, visant à assurer une maîtrise de l'évolution des dépenses de santé en Polynésie française, sous la forme de délibérations prises par l'Assemblée, en octobre 1998.

Ces délibérations concernaient à la fois l'hospitalisation publique et privée, la médecine de ville et la dispensation des médicaments en officine.

Ces délibérations de 1998, malgré une référence à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, présentaient tous les aspects d'une maîtrise dite comptable de la santé, en indexant des objectifs de dépense sur l'évolution du PIB, et en instituant des sanctions en cas de dépassement des objectifs de dépense autorisés.

A cela, s'ajoutait une maîtrise de l'offre de soins, par la planification et la limitation des installations des médecins libéraux.

Des recours en annulation introduits auprès du Tribunal administratif de Papeete⁵¹, mais aussi les dérives tolérées par le conseil des ministres, ont ruiné ce dispositif.

L'annulation par la justice administrative de certaines dispositions des délibérations, a conduit à la suppression des mécanismes de sanction qui devaient avoir pour effet de rendre opposables les limitations de dépenses induites par ces dispositions. Cela n'a pas pour autant conduit les autorités de la collectivité d'outre-mer à réglementer à nouveau, en prenant en compte les motifs d'annulation retenus par le Tribunal administratif. Le dispositif, ambitieux au départ, subsiste pour partie, mais il est désormais dépourvu de tout mécanisme de contrôle, de limitation et de sanction.

4.4.3.2. La fixation d'un objectif annuel des dépenses d'assurance maladie est compatible avec l'une ou l'autre des deux logiques de régulation.

La production récente des comptes de la santé représente une chance réelle pour faciliter la mise en place de l'un ou l'autre des modèles de régulation décrit supra.

La mise à disposition annuelle des données tirées des comptes de la santé peut aussi servir à déterminer un objectif annuel de dépenses pour la santé, et permettre ainsi un pilotage à la fois transparent et chiffré des politiques publiques.

⁵¹ Recours formés par le syndicat des médecins de la Polynésie contre les délibérations n° 163, 164, 165 APF du 15 octobre 1998 (jugements en date du 20 décembre 2002).

La maîtrise des comptes sociaux suppose que les prévisions budgétaires, celles de la CPS notamment, se déclinent en objectifs quantifiés, et donnent lieu par conséquent à une évaluation, en cours d'exécution, et, naturellement en fin d'année.

L'objectif annuel, qui devrait être proposé par l'exécutif et voté par l'assemblée délibérante de la collectivité d'outre-mer, deviendrait le cadre général dans lequel les différents prescripteurs de dépenses s'inscriraient.

Cet objectif peut être contraignant et s'accompagner de sanctions en cas de dépassement. Il peut être indicatif, pour toutes ses composantes⁵², ou pour certaines d'entre elles seulement. Par exemple, si le principe de globalisation des ressources des établissements d'hospitalisation est conservé, l'enveloppe « hospitalisation » pourrait revêtir un caractère contraignant.

Toutes ces mesures, qui se combinent entre elles, devraient participer à la restauration de l'initiative de la Polynésie française dans la définition des besoins et celle de l'offre de soins, et dans l'autorisation des activités, leur contrôle et leur financement.

⁵² L'objectif de dépenses peut se décomposer en enveloppes particulières selon le secteur d'activité concerné.

5. Recommandations

La chambre estime que plusieurs points, concernant notamment l'amélioration des outils intéressant la planification de la santé, la refonte de certains aspects de son financement, l'adaptation de certaines de ses activités et l'organisation du CHPF, pourraient être revus par la collectivité de la Polynésie française.

- **Dans l'exercice de la compétence que la Polynésie française détient sur la santé :**

- confier à un ministère unifié (santé-affaires sociales) l'exercice de cette compétence ;
- procéder à l'inventaire des moyens dont la collectivité dispose pour couvrir le champ de la sécurité sanitaire, et, le cas échéant, les compléter par voie de conventionnement, ou par toute autre solution qui paraîtra la plus adaptée.

- **Dans le domaine de la connaissance des coûts et du financement des activités de santé :**

- pérenniser la production annuelle des comptes de la santé en identifiant cette tâche dans l'organigramme de la direction de la santé ;
- fiabiliser la comptabilité budgétaire et analytique du ministère de la santé, notamment en retraçant les dépenses par unité d'œuvre, tout en veillant ensuite à la permanence des méthodes ;
- refonder les principes de financement des activités actuellement rattachées au ministère de la santé;
- restaurer le système de financement régissant le CHPF, tel qu'il est actuellement prévu par la délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998, reposant sur le principe de la dotation globale, dans l'attente d'une éventuelle modification de cette délibération ;
- procéder à une modification des dispositions de la délibération n° 95-205 AT du 23 novembre 1995 assujettissant le CHPF au contrôle de la collectivité d'outre-mer, en raison des modifications apportées par la loi organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007 ;
- pourvoir le ministère en charge de la santé des compétences lui permettant de définir des objectifs de dépense en santé et d'intervenir pour assurer le respect de ces objectifs.

- **Dans le domaine de la planification des activités de santé :**

- se doter d'un document stratégique exposant les objectifs de santé sur 5 ans ;
- étendre et renforcer les procédures d'autorisation des activités de soins ;
- redéfinir les politiques de prévention en précisant qui en sont les opérateurs et s'assurer de leur évaluation;

- **Dans le domaine de l'administration et de la gestion des activités :**

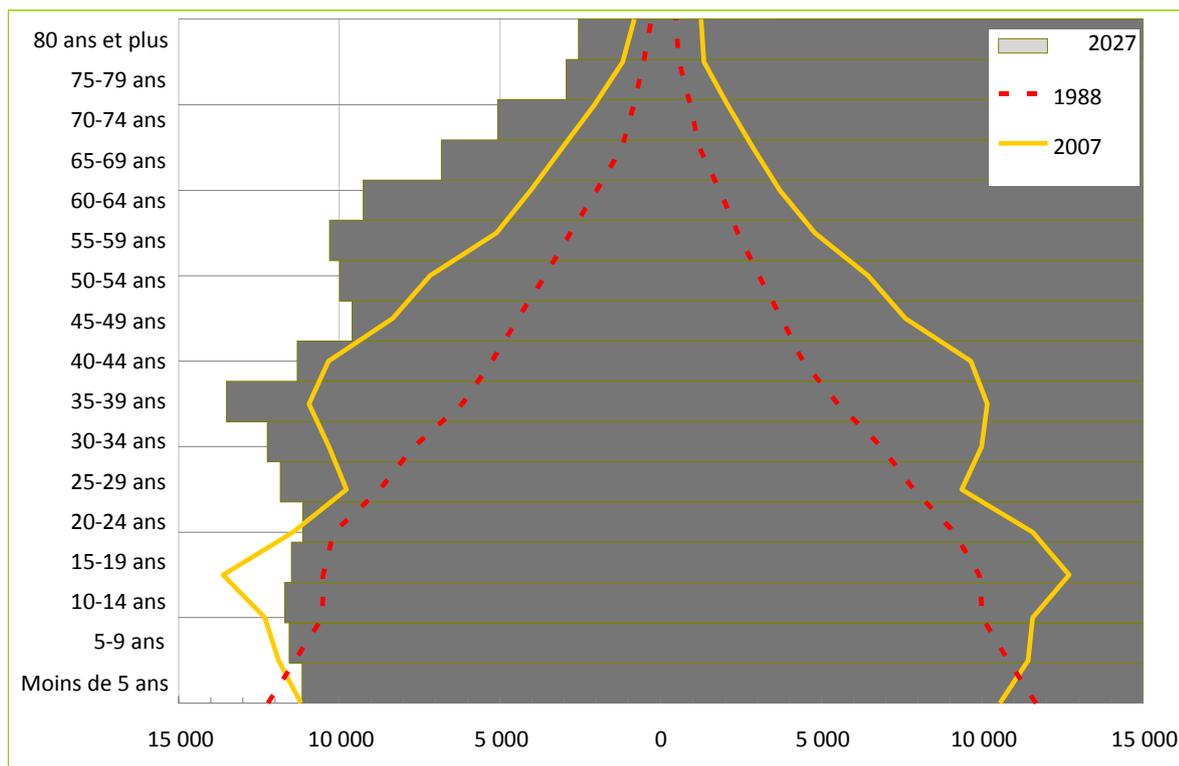
- arrêter un schéma directeur des formations des professions de santé ;
- redéfinir les rôles et statuts des hôpitaux périphériques ;
- réorganiser le fonctionnement des pharmacies publiques, en recherchant une plus grande efficacité, après avoir complété la réglementation les régissant ;
- réorganiser la direction administrative et financière de la direction de la santé autour des missions d'administration centrale que sont la production réglementaire, les études et le contrôle de la gestion ;
- envisager une refonte des dispositions statutaires régissant la répartition du temps de travail entre le service normal de jour et le service de garde ou d'astreinte des praticiens, ainsi qu'une extension des modes d'exercices statutaires des médecins territoriaux (temps partiels, vacataires), qui pourrait permettre des recrutements sélectifs ;
- définir par voie réglementaire les conditions de participation du personnel aux prises de décisions concernant la gestion des établissements (CHSCT, CTE).

- **Dans le cadre de l'ouverture de l'hôpital du Taaone :**

- procéder à une mise à jour du patrimoine du CHPF, préalablement à tout transfert des bâtiments et équipements du nouvel hôpital ;
- valider le plus rapidement possible, en liaison avec l'établissement, l'une des solutions proposées pour le transfert de propriété des bâtiments et équipements du nouvel hôpital, pour les opérations d'amortissements de ces biens.

Annexe I

Pyramides des âges de la Polynésie française



Annexe II
Contrat de projet Etat Polynésie Française 2008-2013 : volet santé (coûts par objectif)

	Logique d'intervention	Indicateurs vérifiables	Total en M€ en MFcfp	Etat en € en MFcf	Pays en € en MFcfp
OBJECTIF GLOBAL	Améliorer la couverture sanitaire territoriale conformément au Schéma d'organisation Sanitaire				
OBJECTIF SPECIFIQUE 1	COMPLETER L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE	Pop. couverte Nb de personnes traitées	36,7 4 372,2	18,3 2 186,1	18,3 2 186,1
Action 1.1	Construire des centres de santé et des logements	Nb de visites Types de soins effectués	5,7 678	2,85 339	2,85 339
Action 1.2	Construire un centre de dialyse à Uturoa	Centre opérationnel	0,8 100	0,4 50	0,4 50
Action 1.3	Entretenir et maintenir les infrastructures	Population concernée	4,2 500	2,1 250	2,1 250
Action 1.4	Augmenter les missions médicales et dentaires	% d'augmentation /an et en cumul	2,1 250	1,05 125	1,05 125
Action 1.5	Former des professionnels de santé	Nb de personnes formées Nb restant à former	2,8 338	1,4 169	1,4 169
Action 1.6	Créer un Centre de soins et d'accompagnement en alcoologie et toxicomanie	Nb de cures Nb de consultations	7,1 843	3,55 421,5	3,55 421,5
Action 1.7	Dépister et prendre en charge précocement le handicap chez l'enfant	Nb d'enfants suivis Nb de consultations	4,8 571	2,4 285,5	2,4 285,5
Action 1.8	Mettre aux normes les hôpitaux de proximité : - Centres de naissance (Moorea, Taravao) - Centre de consultations (Moorea, Taravao, Uturoa) ; (Equipements de sécurité (groupes électrogènes, station d'épuration, station d'eau potable, SSI)	Structures mises aux normes Nb de naissances Nb de consultations	9,1 1 092	4,55 546	4,55 546
OBJECTIF SPECIFIQUE 2	DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE	Nb de consultations Nb d'hospitalisations (par archipel)	14,8 1 771	7,4 885	7,4 885
Action 2.1	Créer des unités psychiatriques	Nb d'unités opérationnelles	1 125	0,5 62,5	0,5 62,5
Action 2.2	Construire des centres médico-psychologiques à Tahiti et dans les îles	Centre opérationnel	2,9 346	1,45 173	1,45 173
Action 2.3	Créer des unités d'hospitalisation pour les enfants et les adolescents	Nb d'unités opérationnelles	6,7 800	3,35 400	3,35 400

Action 2. 4	Ouvrir des CATTP pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile.	Nb d'unités opérationnelles	4,2 500	2,1 250	2,1 250
OBJECTIF SPECIFIQUE 3	OPTIMISER LES URGENCES	Nb de personnes secourues % décès	2,5 302	1,25 151	1,25 151
Action 3.1	Renforcer les équipements	Nb de véhicules équipés	1,2 142	0,6 71	0,6 71
Action 3.2	Ouvrir le Centre d'Enseignement aux Soins d'urgence	Nb de personnes formées	1,3 160	0,65 80	0,65 80
OBJECTIF SPECIFIQUE 4	RENFORCER LA VEILLE SANITAIRE ET LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE	Nb de personnes secourues % décès	13,7 1 631	6,85 815,5	6,85 815,5
Action 4. 1	Renforcer le rôle de l'ILM Système d'information géographique Lutte anti-vectorielle Labo NSB3 Lutte contre le Nono	Projets de recherche réalisés Résultats de la recherche	9,2 1 101	4,6 550,5	4,6 550,5
Action 4.2	Renforcer les moyens de la Direction de la Santé en matière de veille et de sécurité sanitaires	Protocoles diffusés Nb de personnes formées	4,4 530	2,2 265	2,2 265
TOTAL	INVESTISSEMENT ET FONCTIONNEMENT		67,7 8 076,2	33,8 4038,1	33,8 4 038,1

Annexe III
Programmation 2009 du contrat de projet (volet santé)

Intitulé de l'opération	Montant TTC de l'opération validée par le comité de pilotage (en MF) partagé par moitié entre Etat et PF	Situation au 23/09/09
FONCTIONNEMENT		
Entretien et maintenir les infrastructures	80	Convention en cours de rédaction
Augmenter les missions médicales et dentaires	50	
Former les professionnels de santé	53	
Renforcer les moyens en matière de veille et sécurité sanitaire	92,7	
Etude d'évaluation des besoins et du schéma d'organisation sanitaire	11	Non prévu dans le contrat de projet initial
INVESTISSEMENT		
Renforcer les équipements d'urgence	182	Convention en cours de rédaction
Etude de programmation hospitalière	50	
Poste de secours Aratika	11,7	Demande de permis de construire en cours
Poste de secours Hereheretue	3,4	
Poste de secours Marokau	5	
Poste de secours Nuku Hiva	16,5	
Poste de secours Tikehau	16,5	
Poste de secours Tubuai	16,5	
TOTAL	588,3	

Annexe IV
Polynésie française : dépenses de fonctionnement du ministère de la santé
(en F CFP)

articles avant 2007	articles depuis 2007	intitulé compte	montant mandaté				
			2004	2005	2006	2007	2008
dépenses directes			2 322 741 797	2 437 182 564	2 767 994 918	3 163 824 592	3 005 211 120
principaux postes de dépenses							
600	602	Produits pharmaceutiques et d'hygiène	472 722 822	406 413 294	581 072 281	578 508 794	560 074 084
609	606	autres denrées et fournitures consommées	143 800 865	149 382 974	57 441 686	373 303 405	390 647 469
632	615	travaux à l'entreprise	96 436 632	73 139 224	76 369 860	123 695 398	167 373 704
634		électricité eau gaz	118 630 685	132 141 268	137 105 685	cf c/ autres denrées	cf c/ autres denrées
639	622+623+628	autres travaux et services extérieurs	274 924 569	278 819 954	318 059 699	508 232 457	538 104 512
655-07		bourses formation professions de santé	62 427 750	62 200 875	84 663 150		
657-040	657314 (674 en 2007)	subv. ILM	401 639 000	407 639 000	84 663 150	344 000 000	344 000 000
657-041	657332	subv. CHPF	140 000 000	140 000 000	354 000 000	150 000 000	290 000 000
657-042	657332	subv. CHPf - ESF	27 300 000	27 300 000	27 300 000		
657-043	657332	subv. CHPf	27 553 815	100 000 000	150 000 000	150 000 000	15 000 000
657-044	657332	subv. CHPf SAMU		48 000 000	96 000 000	203 460 500	20 400 000
		subv. Fonct. Nouvel hôpital					20 000 000
661	624+625	frais de transport	141 639 353	133 407 037	154 646 657	206 689 474	257 935 968
664	626	frais de poste	78 130 609	81 987 682	86 506 338	93 603 450	88 008 613
826	672	charges sur exercices antérieurs	101 355 233	86 061 570	196 419 629	87 460 966	18 953 794
828	673	titres annulés			32 886 969	224 516 728	1 038 951
dépenses indirectes			7 821 630 731	7 780 223 628	7 914 083 305	6 563 091 968	6 885 938 113
931	962	personnel	5 896 101 198	6 038 746 727	6 219 839 163	6 563 091 968	6 885 938 113
932		ensembles immo et mob.	832 122 382	730 164 910	741 204 988		
933		pouvoirs publics	1 093 407 151	1 011 311 991	953 039 154		
total dépenses			10 144 372 528	10 217 406 192	10 682 078 223	9 726 916 560	9 891 149 233

Source : Comptes administratifs

Annexe V
Dépenses directes de fonctionnement du ministère de la santé par centre de travail (en F CFP)

Centres de travail liés à la santé	Libellé service	2005	2006	2007	2008
4610	Ministre de la Santé, chargé de la prévention				1 431 984
4801	VP Ministre de la santé & de la prévention°				3 000
7204	SFC - BUREAU COMPTA/FONCTIONNEMENT	1 806 867	6 600		
730	Service des affaires économiques			937 718	1 325 876
736	Direction de l'Aviation Civile (P.F)				10 143
738	Direction des transports terrestres				68 824
774	Direction des affaires foncières				1 375
792	Service de l'informatique		550 000		
800	Services santé	53 573 671	36 214 951	18 544 893	
801 (2005 et 2006)	Service de médecine préventive	35 778 384	47 999 965		
801 (2007 et 2008)	Centre de la Mère et de l'Enfant			80 162 446	94 375 659
804	Hôpital de Moorea	29 213 652	31 013 882	44 267 381	52 972 114
831	CSO DE UTUROA		150 000		
7430	Sections contrôles - idaoa			749 084	
8013	Hygiène scolaire	7 446 029	10 119 279	2 330 866	3 623 735
8014	Protection infantile	20 845 675	16 270 184	49 511 946	25 851 774
8015	Protection maternelle	5 065 103	5 217 143	75 350	3 825 493
8017	Psychiatrie infanto juvénile	4 745 822	4 585 965	2 870 419	1 558 869
8018 (8023 en 2005 2006)	Hôpital de jour infanto juvénile	6 892 213	9 122 633	7 683 453	6 936 901
8031	Hôpital de Taravao	71 703 032	80 483 516	92 053 609	117 623 685
8032	Formations sanitaires de Tahiti	13 025 553	11 043 865	16 603 605	12 966 877
8051	Hôpital de Raiatea	157 799 087	175 099 056	178 329 333	188 431 654
8061	Hôpital de Taiohae	50 325 293	45 419 354	58 853 104	55 219 969
62424	Ets publics & organismes parapublics MSP	143 734 750			
62456 (62516 et 62505 en 2008)	Ets Publics & Organismes Parapublics MSA			278 475 000	278 475 000
62480 (62441 en 2005 2006)	Ets publics & organismes parapublics MSP	431 204 250	381 300 000	92 825 000	92 825 000
74016	Départe qualité alimentaire et action vétérinaire			11 769 539	17 222 228
76123	Subdivision travaux bâtiment (UC)			1 549 218	2 019 491
76124	Subdivision des travaux bâtiments entretien (UC)			48 200	
80001	Services centraux - Programmes de prévention			69 153 650	77 035 000
80002	Services centraux – Direction (bureau du matériel en 2005 2006)	80 137 644	485 418 804	756 801 043	867 870 057
80003	Biomédical	12 336 082	49 629 148	61 834 761	64 407 690

80004	Alcoologie et toxicologie	2 933 853	2 508 780	11 362 646	1 270 191
80005 (2005 et 2006)	CTS	13 269 502	33 736 661		
80005 (2007 et 2008)	Services centraux - Formation continue			5 213 591	14 961 292
80006 (8012 en 2005 2006)	Hygiène publique	33 860 954	36 316 331	47 074 847	61 398 492
80007	Institut Mathilde Frébault	17 526 528	17 487 893	29 319 621	21 441 141
80008 (en 2005)	Santé Contrat d'objectifs formation	109 353 642			
80008 (en 2008)	Direction de Santé - Contrat de Projet - RA				43 544 677
80009	Santé Contrat d'objectifs actions	25 037 244	6 869 967		
80010 (8011 en 2005, 2006)	Hygiène dentaire	11 280 904	12 984 530	16 610 425	20 505 695
80011	Intérim et remplacements	50 427 947	45 390 019	53 186 684	78 853 673
80012	Service santé - Formation professionnelle	69 318 994	93 048 870	173 175 687	227 866 706
80013	Pharmacie d'approvisionnement - Curatif	500 892 451	400 929 885	356 353 382	368 167 888
80014	Pharmacie d'approvisionnement - Préventif	56 144 661	243 763 342	280 038 943	254 954 224
80015 (2005 et 2006)	Autres programmes EPAP	136 660 461	13 021 306		
80015 (2008)	Expéditions			14 963 042	16 859 297
80016	Dépistage de cancers	164 026 877	169 403 460	352 591 346	135 081 756
80017	PROGRAMME EPAP TABAGISME		19 808 440		
80018	PROGRAMME EPAP TOXICOMANIE		18 455 004		
80019	PROGRAMME EPAP SIDA		13 102 909		
80021	PROGRAMME EPAP ALLAITEMENT MATERNEL		15 536 556		
80022	PROGRAMME EPAP LIEUX D'ACCEUIL PETITE ENFANCE		8 657 670		
80023	EPAP PROFESSIONNALISATION DES CRECHES ET GARDERIES		13 393 530		
80024	PROGRAMME EPAP HYGIENE DES TUAMOTU GAMBIER		5 483 517		
80025	PROGRAMME EPAP DIABETE		11 797 974		
80026	PROGRAMME EPAP ACCIDENTS DOMESTIQUES		4 996 748		
80002-F	Services centraux - Direction			2 852	
805A	Service santé - subdivision des îles sous le vent	32 873 580	41 404 225	48 416 380	49 131 787
806C + 8062	Service santé - « subdivision des îles Marquises » et « Marquises sud »	19 289 435	30 174 903	44 305 873	57 906 416
807B	Service santé - subdivision des îles Australes	19 897 100	24 018 882	27 732 496	42 746 479
808D	Service santé - subdivision des Tuamotu Gambiers	44 736 501	71 346 308	108 870 667	127 890 279
Total		2 433 163 741	2 743 282 055	3 394 648 100	3 488 662 391

Annexe VI
Dépenses de personnel du ministère de la santé par centre de travail
(en F CFP)

Centre de travail	de intitulé	2005	2006	2007	2008
800	Direction de la santé	1 068 877 608	985 946 642	1 046 899 913	1 117 009 776
80001	Direction centrale		12 363 241	63 633 373	102 687 725
80004	Pharmacie d'approvisionnement (PHARMAPRO)			608 692	3 063 761
80011	Bureau du Personnel				45 000
801	Service de médecine préventive	1 035 729 310	1 064 763 958	1 114 093 040	1 094 536 391
80101	Sce d'hygiène et de salubrité publique			3 469 491	23 942 783
80104	Service de protection maternelle			4 476 399	9 008 430
80105	Service de protection infantile			14 960 110	31 822 591
80106	Service d'hygiène scolaire	3 681 943	7 745 613	14 098 948	28 988 331
80108	Service d'hygiène dentaire	2 885 993	3 455 147	8 354 760	22 080 718
80112	Service d'alcoologie et de toxicomanie				1 137 663
802	Etablissement de soins	108 066 599	143 490 355	149 050 249	138 982 170
80202	Service d'hygiène mentale infanto-juvénile	3 420 445	357 884		9 429 931
80203	Service d'hygiène mentale adulte		20 717		
803	CM de Tahiti	809 587 289	818 048 484	825 904 676	761 738 131
80301	CM des côtes Est et Ouest de Tahiti	4 079 868	1 033 872		
8031	CM de Tahiti Nui	9 898 080	26 100 687	45 270 459	51 839 630
80312	Hôpital de Taravao			3 565 511	10 843 238
8032	CM de Tahiti Iti	5 364 209	694 163	22 531 858	48 785 988
804	CM de Moorea	282 171 890	329 717 027	357 279 552	360 439 309
80401	Hôpital d'Afareaitu	1 485 436		5 491 031	22 139 852
805	CM des I.S.L.V.	1 383 583 638	1 418 472 948	1 426 139 547	1 477 912 256
80501	Hôpital d'Uturoa	2 934 819	16 618 972	52 353 484	118 313 623
80502	Dispensaire d'Uturoa	2 095 394	9 541 502	155 523	2 015 441
80507	Centre médical de Vaitape			2 460 141	
806	CM des Marquises	618 500 723	615 979 836	637 324 828	657 666 828
80601	Hôpital de Taiohae (Nuku-Hiva)	3 380 718	10 755 293	32 113 156	55 133 931
80605	Hôpital Hakahau (Ua Pou)	181 028	432 082	581 631	756 165
8061	CM des Marquises Nord	8 295 036	8 140 281	20 240 340	25 777 169
8062	CM des Marquises Sud	9 522 238	1 388 477	4 782 755	4 377 512
807	CM des Australes	196 212 160	203 016 869	190 685 736	212 905 055
80701	Hôpital de Mataura (Tubuai)			1 928 770	301 093
80702	Centre médical de Moerai (Rurutu)	1 887 508		161 152	776 720
808	CM des Tuamotu-Gambier	360 953 625	363 733 128	366 782 075	364 563 492
80815	Infirmierie d'Arutua			382 152	193 130
809	Institut Formation aux soins infirmiers	82 259 796	71 342 394	54 822 654	58 080 822
80006	Centre de transfusion sanguine	199 318			
80810	Infirmierie de Takapoto				27 885
80811	Infirmierie de Fakarava				375 300
Total		6 005 254 671	6 113 159 572	6 470 602 006	6 817 697 840

Annexe VII
PROJET RSIP : Utilisation du module utilisateur
(Tableaux issus du rapport d'étape n°3 de SIS CONSULTING)

Type de Structure	Nombre Total	MU Déployé	% structure installées
Infirmierie	23	14	61%
Centre Médical	13	5	38%
Dispensaire	18	7	39%
Cons. Ext. Hopital		1	
Sous-total 1	54	27	50%
Centre Consultation spécialisées	7	0	
Autres (HDJ, CME,...)	2	0	
Centres Dentaires	20	0	
Hôpital	4	0	
Sous-total 2	33	0	0%
PS	43	0	
Sous-total 3	43	0	0%
Total	130	27	

	Structures	Structures équipées MU	Population	Pop. desservie théorique	%Pop. desservie	Fiches Patients	% Fiche Patient /Pop. desservie	Documents	Nb Moyen Doc. /Patient
IDV	35	6	194 623	82 237	42%	22 056	27%	148 748	7
ISLV	11	-	33 184	-	0%	-		-	
AUST	12	1	6 310	905	14%	768	85%	6 276	8
MARQ	24	11	8 658	8 632	100%	8 700	101%	111 620	13
TG	48	9	16 847	11 084	66%	9 359	84%	106 602	11
TOTAL	130	27	259 622	102 858	40%	40 883	40%	373 246	9
AUST MARQ TG			31 700	20 647	65%	18 827	91%		

IDV = Iles du Vent ; ISLV = Iles sous le Vent ; AUST= Australes ; MARQ = Marquises ; TG = Tuamotu-Gambier, (fiches patients = DIPP)

Annexe VIII
Montants et quotas des bourses d'études dans le secteur de la santé

Année Universitaire	2006/2007		2007/2008		2008/2009		2009/2010	
	montant	quotas	montant	quotas	montant	quotas	montant	quotas
Médecin PCEM2	125 000	10	75 000	12	75 000	13	75 000	11
Médecin DCEM1	125 000	1	125 000	2				
Médecin DCEM2	150 000	5	150 000	7				
Médecin DCEM 3 (dont 1 en radiologie)	150 000	2						
Médecin TCEM 1 (cardio)	150 000	1						
Dentiste DCEO 1	125 000	1	125 000	1			75 000	4
Dentiste DCEO 2	150 000	1	150 000	1				
Pharmacien	100 000	3	100 000	2				
Manip. radio	75 000	1	75 000	1				
Kinésithérapeute	75 000	1	75 000	1				
Ergothérapeute							75 000	1
Psychologue	100 000	3	100 000	6				
Ingénieur bio médical	100 000	2	100 000	1				
IADÉ			75 000	2				
IBODE			75 000	2				
Biostatisticien / épidémiologiste			100 000	1				

Master santé public pour un futur directeur de CH	100 000	1	100 000	3	100 000	1		
Master santé pub.1^{ère} année			100 000	2				
Master san. Et social, santé publique (pour être coordonnateur de programme			100 000	1				
MASTER-PRO éducation et promotion de la santé Coordonateur de prévention	75 000	1						
Technicien de laboratoire	75 000	1						
Nutritionniste	100 000	1						

Annexe IX

Extraits du schéma d'organisation sanitaire relatifs aux hôpitaux périphériques

« Hôpital de Uturoa

Le plateau technique, les équipements et les moyens humains spécialisés de l'hôpital de Uturoa doivent lui permettre de renforcer la réponse de proximité qu'il est en mesure d'apporter aux populations des îles Sous-le-Vent (environ 27.000 habitants au recensement de 1996) dans les domaines suivants :

Activités médicales :

- *hospitalisation en médecine polyvalente ;*
- *prestations de cardiologie et prestations dans d'autres spécialités par le biais de consultations avancées de spécialistes.*

Activités chirurgicales :

- *prestations de chirurgie générale permettant les activités de chirurgie viscérale et de traumatologie ;*
- *chirurgie gynécologique ;*
- *équipe d'anesthésiologie.*

Périnatalité :

- *unité d'obstétrique ;*
- *prestations de pédiatrie.*

Accueil des urgences.

Biologie médicale :

- *laboratoire effectuant les examens courants de biochimie, hématologie et bactériologie.*

Imagerie médicale :

- *équipements d'imagerie conventionnelle et d'échographie.*

Il convient de développer :

- *une activité de soins de suite ;*
- *les alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation de jour) ;*
- *et les missions avancées des personnels médicaux (médecins et sages-femmes) dans les autres îles des îles Sous-le-Vent (consultations avancées, formation...).*

Hôpital de Taiohae

L'hôpital de Taiohae doit être l'hôpital de proximité pour le bassin de population de l'archipel des Marquises (8.400 habitants). Cette structure a également pour mission de dispenser des soins de santé primaires à la population de Taiohae.

L'hôpital de Taiohae doit être en mesure de proposer un renforcement des prestations qu'il assure déjà dans les domaines suivants :

- *prise en charge des urgences ;*
- *activité d'hospitalisation complète en médecine polyvalente ;*
- *activité de chirurgie viscérale et de traumatologie ;*
- *activité obstétricale ;*

- examens courants de biochimie, hématologie et bactériologie ;
- imagerie conventionnelle et échographies ;
- consultations avancées des médecins et des sages-femmes de l'hôpital vers les autres îles.

Il convient de développer une activité de soins de suite.

Amélioration du service rendu à la population

L'attractivité des hôpitaux de Taiohae et de Uturoa ainsi que le service rendu à la population des Marquises et des îles Sous-le-Vent pourrait être améliorée :

- par des liaisons aériennes et/ou maritimes plus fréquentes permettant aux populations des îles voisines d'y accéder. L'acquisition prochaine d'un Twin Otter par le territoire, qui sera basé aux Marquises Sud, constitue une avancée importante pour l'archipel des Marquises ;
- par la recherche de solutions (pensions de famille, structures d'accueil...) aux problèmes d'hébergement pour les familles des patients nécessitant une hospitalisation ou les femmes enceintes en attente d'un accouchement. Les Tavana Hau de l'archipel des Marquises et de l'archipel des îles Sous-le-Vent pourraient coordonner cette action, en partenariat avec la Caisse de prévoyance sociale, le service des affaires sociales, les communes concernées et les subdivisions déconcentrées de la santé ;
- par un meilleur fonctionnement en réseau entre les professionnels de santé exerçant dans ces structures et ceux de Tahiti ;
- par une information des professionnels de santé et des usagers des possibilités de prise en charge dans ces établissements ;
- et par une meilleure régulation des transferts sanitaires programmés vers Tahiti.

Hôpitaux de Moorea et de Taravao

Les hôpitaux de Moorea et de Taravao doivent être en mesure de renforcer la réponse aux besoins de proximité de leur bassin de population

- soins de santé primaires ;
- accueil et prise en charge des urgences ;
- hospitalisation complète en médecine ;
- soins de longue durée à Taravao.

Il convient de développer les soins de suite et l'hospitalisation de jour dans ces deux hôpitaux.

Une réflexion approfondie doit par ailleurs être engagée pour adapter l'offre de soins (plateau technique plus développé, prise en charge des urgences...) dans la presqu'île, en particulier à l'hôpital de Taravao, compte tenu des conséquences que devraient entraîner les grands travaux programmés pour les années à venir (construction du port de Faratea, aménagement des axes routiers) sur les besoins de santé du bassin de population, et l'incidence des pathologies accidentelles notamment. »