



Inspection générale  
des finances

N° 2010-M-025-03

Inspection générale  
de l'administration

N° 10-046-02

Inspection générale  
des affaires sociales

N° RM2010-131P

## RAPPORT

# MISSION D'ASSISTANCE À LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

## TOME 3 (annexes 22 à 28)

Établi par

**Anne BOLLINET**  
Inspectrice générale  
des finances

**PHILIPPE DEBROSSE**  
Inspecteur de l'administration

**HAYET ZEGGAR**  
Inspectrice des affaires  
sociales

**Oriane DUPRAT-BRIOU**  
Inspectrice des finances

**FREDÉRIC LALOUE**  
Inspecteur des affaires  
sociales

**Pierre-Emmanuel LECERF**  
Inspecteur des finances

- SEPTEMBRE 2010 -



# **LISTE DES ANNEXES THÉMATIQUES**

## **VOLUME 3**

XXII – L'ANALYSE FINANCIERE DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE

XXIII – LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

XXIV – GOUVERNANCE, GESTION ET TUTELLE DE LA PROTECTION SOCIALE  
GENERALISEE

XXV – L'ASSURANCE MALADIE

XXVI – L'OFFRE PUBLIQUE DE SOINS

XXVII – LES RETRAITES

XXVIII – FAMILLE ET ACTION SOCIALE

## **Annexe 22**

### **Analyse financière de la Protection sociale généralisée**

<b>ANALYSE FINANCIERE DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE .....</b>	<b>1</b>
1. UNE SITUATION FINANCIERE ALARMANTE .....	4
1.1. <i>Un niveau de déficits important</i> .....	4
1.1.1. Les résultats du RGS connaissent une dégradation rapide et forte .....	4
1.1.2. Les déficits du RGS ponctionnent les réserves du régime .....	4
1.1.3. Le RNS et le RSPF sont à l'équilibre du fait du principe globalement respecté de subvention d'équilibre par le Pays .....	6
1.2. <i>Une situation issue de facteurs conjoncturels et structurels qui pèse avant tout sur les risques maladie et retraite</i> .....	7
1.2.1. Les moindres recettes de la protection sociale s'expliquent par un « décrochage » des cotisations maladie et une situation économique défavorable à l'emploi .....	7
1.2.2. La progression soutenue des dépenses d'assurance maladie et de retraites s'explique par la situation démographique et des paramètres généreux .....	13
1.3. <i>En l'absence de toute réforme, le RGS sera en défaut de paiement dans un avenir proche ; le RNS et le RSPF pèseront sur les finances du Pays</i> .....	17
1.3.1. Un défaut de paiement du RGS est estimé également pour 2013-2014 .....	17
1.3.2. La situation du RNS est moins grave mais repose sur la solidarité du Territoire .....	19
1.3.3. La situation du RSPF est une menace directe sur les finances du Territoire .....	19
2. FACE A CETTE SITUATION UNE ACTION VIGOUREUSE PORTANT SUR LES DEPENSES ET SUR LES RECETTES EST INDISPENSABLE A COURT TERME .....	20
2.1. <i>Régler la question de la « dette » sociale et « sécuriser » les réserves des retraites</i> .....	20
2.2. <i>Limiter la générosité du système de prestations maladie et retraite pour contenir le rythme des dépenses</i> .....	21
2.2.1. En matière d'offre de soins et d'assurance maladie .....	21
2.2.2. En matière de retraites .....	24
2.2.3. Des aménagements à entreprendre en matière de prestations familiales .....	26
2.3. <i>Accroître rapidement les recettes de la protection sociale en assurant une meilleure redistribution</i> .....	27
2.3.1. Des mesures visant à assurer un meilleur niveau d'équité tout en accroissant les recettes de la protection sociale .....	27
2.3.2. Selon le scénario de dépenses adopté, des mesures de rendement .....	30
2.3.3. Rechercher une diversification du financement de la protection sociale .....	31
3. EXEMPLE D'UN SCENARIO DE REFORME .....	31
3.1. <i>Hypothèses du scénario illustratif</i> .....	31
3.2. <i>Résultats du scénario illustratif</i> .....	33
3.2.1. Pour le RGS .....	33
3.2.2. Pour le RNS .....	39
3.2.3. Pour le RSPF .....	41
3.3. <i>Construire une stratégie pluriannuelle de financement de la protection sociale, premières pistes</i> .....	46
3.3.1. Sur l'assurance maladie .....	46
3.3.2. Sur la retraite .....	46
CONCLUSION : MENER UNE REFLEXION SUR LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE .....	46

Les trois régimes de la protection sociale généralisée (le régime général des salariés –RGS, le régime des non salariés –RNS- et le régime de solidarité de la Polynésie française –RSPF-) couvrent la quasi-totalité de la population du pays (environ 260.000 bénéficiaires).

Ils sont administrés de manière autonome par des conseils d'administration (RGS et RNS) et un comité de gestion (RSPF) propres. En revanche, leur mise en œuvre opérationnelle incombe à la seule Caisse de prévoyance sociale (CPS). Leur trésorerie est commune.

Les deux premiers régimes relèvent d'une logique d'assurance sociale, et sont financés en quasi-totalité (RGS) ou majoritairement (RNS) par les cotisations des assurés. Le RSPF est un régime résiduel de solidarité, financé en totalité par l'impôt<sup>1</sup>, accessible sous condition de revenu<sup>2</sup> aux personnes non prises en charge par les deux autres régimes.

Tableau 1 : Répartition des ressortissants de régimes de protection sociale en Polynésie française

	2005	2006	2007	2008	2009	Répartition 2005	Répartition 2009
RGS	156326	162363	162388	162183	157607	64%	61%
RSPF	48309	48758	51949	55386	59290	20%	23%
RNS	25198	25517	25767	26630	26883	10%	10%
RSS <sup>3</sup>	16153	15943	15449	15815	15835	7%	6%
Total	245986	252581	255553	260014	259615	100%	100%

Source : Budget 2010 RGS

Le RGS concentre plus de 60% des assurés polynésiens. La part du régime des salariés diminue de 3 points entre 2005 et 2009 (de 64% à 61%), et se trouve compensée par une augmentation équivalente de la proportion représentée par le régime de solidarité (RSPF – de 20 à 23%). Le régime des non salariés comme les régimes métropolitains de sécurité sociale représentent une part relativement stable de la protection sociale en Polynésie française (respectivement 10% et 6 à 7%).

Les prestations mises en œuvre dans les trois régimes de la protection sociale généralisée (PSG) se rapprochent sans toutefois se confondre :

- ✚ Les trois régimes offrent une couverture maladie comparable<sup>4</sup> ;
- ✚ Les trois régimes offrent également des prestations familiales et un fonds d'action sociale, dont les contours ne sont pas à ce jour harmonisés ;
- ✚ La question des retraites, enfin, est celle qui différencie le plus fortement les trois régimes, puisque les salariés disposent d'un système d'assurance sociale complet, tandis que les non salariés n'ont pas de couverture obligatoire. L'ensemble est complété par un minimum vieillesse servi soit par le RGS, soit par le RSPF.

La situation financière de la protection sociale polynésienne est très détériorée par la situation économique du pays ; mais également par l'inadaptation de certains paramètres, conduisant les trois régimes de protection sociale à un rythme de croissance excessif des dépenses au regard des recettes, en particulier pour l'assurance maladie et le système de retraites. Si aucune réforme n'est entreprise, le système sera en cessation de paiement en 2013 ou 2014.

<sup>1</sup> Soit directement par l'affectation au régime de ressources fiscales ou de la contribution sociale territoriale (CST), soit indirectement via des subventions versées par le Territoire

<sup>2</sup> Dont le revenu moyen brut mensuel apprécié sur une base annuelle est inférieur au SMIG mensuel, fixé par l'arrêté du 12 septembre 1996 à 87.346Fcfp.

<sup>3</sup> Les régimes de sécurité sociale (RSS) renvoient aux régimes métropolitains. Les affiliés aux RSS ne sont donc pas ressortissants de la PSG, qui regroupe les 3 régimes polynésiens : RGS, RNS et RSPF.

<sup>4</sup> En ce qui concerne les indemnités journalières (IJ), cependant, les systèmes du RGS et du RNS présentent des différences plus importantes

Il est dès lors indispensable d'engager au plus vite les réformes qui permettront de maintenir la protection sociale polynésienne. Ces réformes sont exposées brièvement dans le présent rapport. Les annexes contiennent les éléments détaillés.

## 1. UNE SITUATION FINANCIERE ALARMANTE

Les régimes de protection sociale sont aujourd'hui dans une situation financière dégradée, liée à leurs paramètres constitutifs, au contexte économique et à certaines décisions stratégiques. En l'absence de toute réforme, le système est condamné à très court terme.

### 1.1. Un niveau de déficits important

#### 1.1.1. Les résultats du RGS connaissent une dégradation rapide et forte

Tableau 2 : Les résultats du RGS par risques

En millions de Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>5</sup>
Maladie	2439	-2146	-4119	-2971	-5150	-5973
Famille	152	-475	-570	-141	669	344
Retraite A	-669	1225	6317	-578	1223	-814
Retraite B	814	1306	1741	1683	1374	1563
AVTS	56	-67	-50	-42	-36	-33
ATMP	664	854	916	825	-426	19
<b>Total</b>	<b>3456</b>	<b>697</b>	<b>4235</b>	<b>-1224</b>	<b>-2346</b>	<b>-4894</b>
<b>Total en M€</b>	<b>28,8</b>	<b>5,8</b>	<b>35,3</b>	<b>-10,2</b>	<b>-19,6</b>	<b>40,8</b>

Source : Comptes certifiés et BP pour 2010

Les résultats du RGS se dégradent continument entre 2007 et 2010. Le résultat prévisionnel 2010 est un déficit proche de 4,9 milliards Fcfp (41 M€). Il sera probablement plus important au vu des derniers éléments communiqués à la mission, puisque les projections effectuées en juillet 2010 anticipent un manque à gagner de cotisations de 2,5 milliards Fcfp (21 M€) par rapport aux prévisions du budget.

Parmi les risques pris en charge par le RGS, la maladie est de loin le plus problématique à court terme. Il est structurellement déficitaire depuis 2006, sous l'effet de la baisse des taux de cotisation et de la progression continue des dépenses de prestation. Le déficit prévisionnel 2010 atteint près de 6 milliards de Fcfp (50 M€).

#### 1.1.2. Les déficits du RGS ponctionnent les réserves du régime

##### 1.1.2.1. La dégradation de l'état des réserves

Les réserves du RGS sont suivies par risque. Leur niveau global baisse continument depuis 2007.

<sup>5</sup> Prévisions du budget 2010

Tableau 3 : Etat des réserves du RGS, par risque (2005-2010)

En MFcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Réserves prévisionnelles 2010
Famille	1174	699	129	-12	656	1000
AVTS	114	48	-3	-45	-81	-114
AT	3654	4507	5423	6248	5823	5842
Maladie	4938	2791	-1328	-4300	-9450	-15423
Tranche A + FSR	42931	44156	50473	49895	51118	50304
Tranche B	3308	4614	6355	8038	9412	10035
<b>Total en MFcfp</b>	<b>56119</b>	<b>56815</b>	<b>61049</b>	<b>59824</b>	<b>57478</b>	<b>52584</b>
<b>Total en M€</b>	<b>468</b>	<b>474</b>	<b>509</b>	<b>499</b>	<b>479</b>	<b>438</b>

Source : Budget 2010 et comptes de résultats pour les exercices antérieurs

Les réserves de la branche famille oscillent autour de zéro.

Les réserves de la branche ATMP sont quant à elles structurellement excédentaires. Elles se situent depuis 2007 entre 5,4 et 6,2 MdsFcfp (entre 45,2 et 52 M€).

Dans cet ensemble, ce sont les comptes de l'assurance maladie qui constituent la source principale des difficultés financières. Le déficit cumulé 2009 atteignait 9,5 MdsFcfp (79 M€) ; le déficit attendu pour 2010 dépasse 15,4 MdsFcfp (128 M€).

Les réserves des retraites s'avèrent quant à elles relativement stables, mais cette stabilité ne saurait dissimuler un problème profond. Les réserves constituées pour les retraites ne sont plus suffisantes d'un point de vue réglementaire. D'un point de vue juridique, en premier lieu, les textes ayant institué les retraites tranche A et tranche B ont prévu la constitution de réserves obligatoires, correspondant à 5 fois la moyenne des dépenses constatées au cours des trois exercices précédents. Au vu de ces règles, la mission estime que les réserves devraient atteindre 124 Mds Fcfp (1 milliard €) fin 2009<sup>6</sup> ; or elles n'atteignent pas la moitié environ de ce seuil (57 Mds Fcfp -475 M€-).

D'un point de vue économique, ensuite, la ponction sur les réserves des retraites diminue l'horizon de viabilité des régimes. L'existence de réserves de 107 Mds Fcfp (892 M€) pour la tranche A, comme le prévoient les textes, permettrait de reporter l'horizon de viabilité du régime à 2021, soit un gain de 7 années par rapport aux dernières prévisions de la CPS.

Si l'on considère le niveau général, il faut faire le constat que l'année 2008 a vu la première baisse du total des réserves du RGS. Cette tendance s'est accélérée en 2009 et devrait s'accroître encore en 2010 d'après les comptes prévisionnels établis par la CPS.

#### 1.1.2.2. La question de la « dette » de l'assurance maladie du RGS

Le régime des salariés est unique, et dispose d'un fonds de roulement partagé entre les différents risques (maladie, retraites, famille, etc.). Le fait que la maladie ne soit pas à l'équilibre suppose que les autres risques du RGS supportent le poids du déficit. Il n'existe donc pas de « dette » à proprement parler de l'assurance maladie, mais une ponction réalisée sur le fonds de roulement partagé avec les risques excédentaires. La situation n'en est pas moins inquiétante, car cette situation est le signe d'un déséquilibre structurel dans le financement de la PSG.

<sup>6</sup> Les textes sont cependant assez peu précis et donc sujets à interprétation. La CPS estime les réserves « légales » à un total légèrement inférieur de 112 Mds F cfp. Sur la base de la moyenne des charges techniques des deux régimes de retraite, la mission trouve un montant de réserves légales de 107 Mds F cfp pour la tranche A et de 17 Mds F cfp pour la tranche B.



Parmi les risques excédentaires figurent en premier lieu les retraites, qui présentent un excédent prévisionnel 2010 de 50 Mds pour la tranche A<sup>7</sup> et de 10 Mds Fcfp pour la tranche B. Ces réserves sont de fait utilisées pour permettre au RGS de faire face au déficit cumulé de la maladie (9,5 Mds Fcfp en 2009 et 15,4 Mds de Fcfp prévus à la fin de l'exercice 2010) sans avoir recours à l'emprunt.

Il faut noter toutefois que les réserves constituées pour les autres risques excédentaires permettent également de prendre en charge le déficit cumulé de l'assurance maladie. Par exemple, la branche ATMP, dont le niveau d'excédent n'est probablement pas sans lien avec le niveau de déficit de la branche maladie, participe également à ce financement<sup>8</sup>. Ainsi, en compensant le déficit de la maladie et l'excédent de la branche ATMP (5,8Mds Fcfp), la problématique de la « dette » de l'assurance maladie se limite à moins 10Mds Fcfp.

S'il n'existe pas de « dette » au sens propre du terme mais une mutualisation de la trésorerie au sein du RGS, deux remarques s'imposent néanmoins :

- ✚ La constitution de déficits structurels devant être pris en charge par la trésorerie constituée pour les retraites fragilise le système de pensions du RGS. La question du comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie est devenue un sujet essentiel du débat public polynésien. A ce titre, elle doit se voir apporter une réponse adaptée ;
- ✚ Un éventuel comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie n'apporterait qu'une réponse très partielle à la problématique de l'insuffisance des réserves du système de retraites. Le déficit prévisionnel cumulé de l'assurance maladie (15,4 Mds Fcfp) ne représente que l'équivalent de 20% de l'insuffisance de réserves des tranches A et B, et 15% si l'on retient un déficit cumulé assurance maladie / ATMP de 9,6 Mds Fcfp<sup>9</sup>.

### 1.1.3. Le RNS et le RSPF sont à l'équilibre du fait du principe globalement respecté de subvention d'équilibre par le Pays

Tableau 4 : Résultats du RNS

En M Fcfp		2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>10</sup>	Evolution Annuelle
Recettes	Cotisations	1648	1845	1951	2211	2284	2386	9,0%
	Territoire	1501	1539	1458	1543	1218	1240	-3,5%
	Autres	74	65	1	135	85	70	-1,1%
	Total	3223	3449	3410	3889	3587	3696	2,9%
Dépenses	Famille	290	277	313	286	296	362	5,0%
	Maladie	2521	2723	2872	3126	2964	3028	4,0%
	FASS	40	50	48	44	46	55	7,5%
	Autres	479	521	496	427	377	456	-1,0%
	Total	3330	3571	3729	3883	3683	3901	3,4%
<b>Résultat d'exploitation</b>		<b>-107</b>	<b>-122</b>	<b>-319</b>	<b>6</b>	<b>-96</b>	<b>-205</b>	
<b>Résultat de l'exercice</b>		<b>-46</b>	<b>-93</b>	<b>-90</b>	<b>15</b>	<b>-38</b>	<b>-205</b>	

Source : Mission d'après les comptes certifiés et le budget 2010

<sup>7</sup> Intégrant le déficit cumulé du FSR, confondu juridiquement avec la tranche A

<sup>8</sup> La sous déclaration des accidents du travail a toujours pour effet de reporter la charge de ces derniers sur l'assurance maladie

<sup>9</sup> Soit 15,4 – 5,8 Mds Fcfp

<sup>10</sup> Prévisions du budget 2010

Tableau 5 : Résultats du RSPF

En M Fcfp		2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>11</sup>	Evolution annuelle
Recettes	CST	5916	7629	8207	8883	8800	8667	9,3%
	Fiscalité affectée	478	1630	2522	2518	4115	8395	++
	Etat	2361	2625	1909				
	Territoire	9501	7637	8116	10838	10472	7442	-4,3%
	Autres	102	124	15	183	21		
	Total	18358	19645	20769	22422	23408	24504	6,7%
Dépenses	Famille	1489	1444	1254	1392	1966	1990	6,7%
	Maladie	8996	9338	10609	10845	11306	11731	6,1%
	Personnes âgées	3019	3268	3276	3514	3932	4011	6,6%
	FAS	805	956	1070	1092	1272	1649	21,0%
	Handicap	2886	3238	3415	3756	3962	4128	8,6%
	RPSMR	475	461	462	332	263	275	-8,4%
	Autres	911	1104	861	774	809	720	-4,2%
	Total	18581	19809	20947	21705	23510	24504	6,4%
<b>Résultat d'exploitation</b>		<b>-223</b>	<b>-164</b>	<b>-178</b>	<b>717</b>	<b>-102</b>	<b>0</b>	
<b>Résultat de l'exercice</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	

Source : Mission d'après les comptes certifiés et le budget 2010

Les résultats du RNS et du RSPF s'équilibrent au moyen d'une subvention versée par le Pays et de transferts de recettes fiscales. Les deux régimes ne connaissent donc pas de déficit.

En ce qui concerne le RNS, la hausse des ressources propres liée notamment à la revalorisation en 2008 du plafond de cotisation a permis de réduire la contribution du Pays de 1,5 à 1,2 milliard Fcfp entre 2005 et 2009 (de 12,5 à 10,3 M€).

En revanche, le RSPF a vu ses besoins croître de manière considérable (+6,4% par an), provoquant alternativement la hausse des subventions du Pays (2007 et 2008) et l'affectation de ressources fiscales supplémentaires (2006, 2009 et 2010).

## 1.2. Une situation issue de facteurs conjoncturels et structurels qui pèse avant tout sur les risques maladie et retraite

### 1.2.1. Les moindres recettes de la protection sociale s'expliquent par un « décrochage » des cotisations maladie et une situation économique défavorable à l'emploi

#### 1.2.1.1. Une structure de recettes déséquilibrée

La protection sociale est financée à plus de 70% par des cotisations, essentiellement du fait du poids du RGS, régime dans lequel elles représentent 95% des recettes.

<sup>11</sup> Prévisions du budget 2010

Tableau 6 : Répartition des recettes de la PSG en 2009

En M Fcfp	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	66893	95%	2284	64%			69177	71%
Territoire	1550	2%	1218	34%	10472	45%	13240	14%
Etat							0	
Fiscalité affectée					4115	18%	4115	4%
CST					8800	38%	8800	9%
Autres	2048	3%	85	2%	21	0%	2154	2%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>70491</b>	<b>100%</b>	<b>3587</b>	<b>100%</b>	<b>23408</b>	<b>100%</b>	<b>97486</b>	<b>100%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>587</b>		<b>30</b>		<b>195</b>		<b>812</b>	

Source : Mission d'après les comptes de résultats

L'ensemble de ces cotisations sont plafonnées, et le niveau des plafonds apparaît très disparate : 3 M Fcfp (soit 25.000 €) pour les cotisations maladie, 750.000 Fcfp (6.250 €) pour les cotisations famille, accident du travail, fonds social des retraites, 1 M Fcfp (8.333 €) pour les cotisations au RNS. Les cotisations de retraite sont également plafonnées, mais les prestations le sont au même niveau.

Tableau 7 : Taux et plafonds de cotisations de PSG (2005-2010)

En Fcfp		2005	2006	2007	2008	2009	2010	
RGS	Prestations familiales <sup>12</sup>	Taux sect. priv.	2,53% à 6,08% <sup>13</sup>	3%	3,00%	3,30%	3,80%	3,50%
		Taux sect. pub.	6,95%	6%	4,50%	4,50%	5,10%	4,80%
		Plafond	210000	750000				
	Accidents du travail	Taux	Variables	0,90%			0,25%	0,54%
		Plafond	195000	750000				
	Fonds social des retraites	Taux	0,18%					
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	FSR exceptionnel	Taux	1%					
		Plancher	100000					
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	Retraite tranche A	Taux	11,34%	12,00%	12,66%	13,56%	13,95%	14,46%
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	Retraite tranche B	Taux	9,99%	11,37%	12,36%	13,05%		13,74%
		Plancher	237000	240000	243000	246000		
		Plafond	474000	480000	486000	492000		
	Assurance maladie	Taux	17,73%	14,52%		15,06%		
		Plafond	750000			3000000		
	Formation prof. Continue	Taux					0,30%	0,50%
		Plafond					3000000	
RNS	Taux	7,50%						
	Plafond	750000			1000000			

Source : Mission

<sup>12</sup> De 2006 à 2010, les secteurs « écoles, cantines et associations diverses à but non lucratif », « agriculture-aquaculture » et « gens de maison » se voient appliquer un taux nul de cotisations familiales

<sup>13</sup> Selon les secteurs d'activité

Le dispositif actuel est marqué par son caractère inéquitable et peu redistributif. Un plafonnement de cotisations peut être justifié pour les dispositifs contributifs, comme en matière de retraites, où les prestations sont elles mêmes déterminées en fonction du plafond de cotisations. En revanche, le plafonnement n'est pas justifié pour les prestations non contributives, comme la maladie ou les prestations familiales.

Le plafonnement généralisé crée un système de prélèvements sociaux dégressif, non compensé par ailleurs par l'existence d'un impôt sur le revenu.

Tableau 8 : Taux moyens de prélèvements sociaux salariés du privé

<b>Salaire brut en K Fcfp</b>	<b>Cotisations sociales</b>	<b>Cotisations + CST</b>
< 150	34,57%	35,07%
240	34,82%	36,26%
400	34,64%	36,76%
700	34,51%	37,22%
1500	22,38%	35,07%
2500	19,65%	23,91%

Source : Mission.

Tableau 9 : Taux moyens de prélèvements sociaux pour un non salarié

<b>Revenu non salarial net</b>	<b>Cotisations sociales</b>	<b>Cotisations + CST</b>
< 150 KFcfp	7,50%	8,00%
240	7,50%	8,94%
400	7,50%	9,63%
700	7,50%	10,21%
1500	5,00%	8,93%
2500	3,00%	7,36%

Source : Mission.

A l'intérieur de la catégorie des salariés comme à l'intérieur de la catégorie des non salariés, le système de plafonnement engendre la dégressivité des cotisations sociales. La création de la CST a permis d'atténuer cette dégressivité sans toutefois la supprimer pour les plus hauts niveaux de revenus (au-delà de 750 KFcfp pour les salariés, au-delà de 1 M Fcfp pour les non salariés).

Il existe par ailleurs des taux de prélèvements sociaux inéquitables entre catégories d'actifs. Les agents de l'Etat et les non salariés sont soumis à de moindres prélèvements sociaux que les salariés assujettis au RGS.

Les agents de l'Etat se voient appliquer des taux de cotisation maladie inférieurs à ceux qui s'appliquent aux salariés assujettis au RGS<sup>14</sup>. Leurs cotisations s'élèvent au taux global de 14,45%. Ce taux porte sur le seul traitement indiciaire, à l'exclusion des primes et du coefficient de majoration de 1,84. Rapporté à une rémunération comprenant le seul traitement indiciaire majoré du coefficient de 1,84, et sans tenir compte de l'existence de primes ou d'un régime indemnitaire, le taux moyen de cotisation s'élève en réalité à 7,85%, soit un total représentant environ la moitié du taux de cotisation des salariés assujettis au RGS (15,06%). Si l'on compare la seule part salariée avec celle qui prévaut au sein du RGS, on constate une différence de 2,44 points (2,58% contre 5,02%). Si l'on compare ce niveau de cotisation à celui de la métropole, les écarts sont également importants, puisque la maladie est largement financée par la CSG en métropole (36% du total des ressources de l'assurance maladie), et qu'il n'existe pas d'équivalent en Polynésie, où la CST finance le seul RSPF avec des taux très inférieurs<sup>15</sup>.

Tableau 10 : Taux de cotisation maladie des fonctionnaires de l'Etat en Polynésie française

	Taux			Assiette	Taux moyen hors primes		
	Part employeur	Part salarié	Total		Total	dont part employeur	dont part salarié
Maladie	9,70%	4,75%	14,45%	Traitement indiciaire sans les primes ni le coefficient de majoration	7,85%	5,27%	2,58%

Source : Mission

Or, d'une manière générale, et d'après les données transmises par l'ISPF, il apparaît que les agents publics, qu'ils soient au service de l'Etat en Polynésie ou au service du Territoire ou des communes, ont un niveau de rémunérations supérieur à celui de l'ensemble de la population polynésienne. Ces différences sont plus accentuées en ce qui concerne les fonctionnaires de l'Etat. Le niveau élevé des rémunérations appliquées dans le secteur public polynésien sont à l'origine de différences dans le revenu disponible.

Les non salariés sont également soumis à un moindre taux de prélèvement social que les salariés. Les prestations dont bénéficient les indépendants en Polynésie sont fréquemment différentes de celles dont bénéficient les salariés, à l'exception des prestations en nature d'assurance maladie. Or, les conditions de prélèvement applicables aux non salariés sont bien plus favorables à ces derniers<sup>16</sup> : le revenu non salarial se voit appliquer un taux de 7,50% avec un plafond de 1 M Fcfp pour la couverture des risques du RNS<sup>17</sup>, alors que les salariés du secteur privé se voient appliquer un taux de 15,06% pour la maladie avec un plafond de 3 M Fcfp et de 3,50% avec un plafond de 750 KFcfp pour la famille.

<sup>14</sup> Il s'agit des agents de l'Etat travaillant effectivement au sein des services de l'Etat en Polynésie française, et non des agents appartenant à la fonction publique de l'Etat détachés auprès de la collectivité de Polynésie française. Les prestations d'assurance maladie des agents de l'Etat sont identiques à celles dont bénéficient les salariés affiliés au RGS, à l'exception des indemnités journalières, prises en charge par l'Etat. Celles-ci représentent une faible part du total. A titre d'exemple, les indemnités journalières représentent 7% du total des dépenses d'assurance maladie au sein du RGS.

<sup>15</sup> Ainsi, au niveau du plafond de 246.000 F cfp, le taux moyen de CST est de 1,48% en Polynésie, alors que le taux de CSG-CRDS s'élève à 7,76%.

<sup>16</sup> La comparaison n'inclut toutefois pas l'impact de la CST, qui s'applique sur le chiffre d'affaires pour les indépendants, tandis que les cotisations sociales s'appliquent sur les recettes non salariales nettes de charges d'exploitation, notion plus proche de ce qu'est le salaire des salariés

<sup>17</sup> Maladie et famille

### 1.2.1.2. Un « décrochage » des recettes d'assurance maladie en 2006

Fin 2005, l'accord tripartite *Te Autaepera'a* prévoyait une profonde réforme de la PSG. Parmi les nombreuses mesures envisagées, la fiscalisation du « gros risque »<sup>18</sup> maladie devait conduire à une forte baisse des cotisations d'assurance maladie (de 17,73% à 14,52%), compensée par une hausse de la CST affectée à une nouvelle couverture maladie universelle (la CST sur les salariés devait voir son taux augmenter de 33,3% et son assiette s'élargir de 6%)<sup>19</sup>.

Les décisions finalement adoptées se sont limitées à la baisse des cotisations d'assurance maladie en 2006. Cette réduction des recettes du RGS n'a été que très peu compensée par le Pays (versement d'une subvention de 1,2 Mds Fcfp limitée à l'exercice 2006).

La décision d'abaisser les taux maladie de 3 points en 2006 a conduit à une diminution du produit de l'assurance maladie du RGS de 3,5 Mds F cfp, abaissant les cotisations par salarié de 490 à 420 KFcfp. L'augmentation du plafond de cotisation de 750 KFcfp à 3 MFcfp, ainsi que la revalorisation du taux salarié de 0,52 point, a ramené ce rapport dans la norme de 2005 à compter de 2008. Dans l'intervalle, le déficit de l'assurance maladie s'est creusé<sup>20</sup>.

Un « décrochage » net se produit dès lors à compter de 2006, concentré sur l'assurance maladie. Si la progression annuelle des recettes et des dépenses, considérée risque par risque, est généralement comparable, la santé constitue une exception, puisque les dépenses progressent de 6% par an tandis que les recettes d'assurance maladie n'augmentent qu'au rythme annuel de 1% entre 2005 et 2010 (voir tableau *infra*).

---

<sup>18</sup> On entend par « gros risque » la prise en charge des dépenses hospitalières et la longue maladie

<sup>19</sup> Le taux salarié est passé de 5,84 à 4,84% tandis que le taux employeur diminuait de 11,89% à 9,68%. Les pertes de recettes correspondantes étaient estimées à 1200MFcfp, tandis que les recettes de CST supplémentaires atteignaient 2860MFcfp (hausse de 33,3% du taux de CST salariés, retraites, multi-revenus, indépendants et hausse forfaitaire du taux des revenus du patrimoine).

<sup>20</sup> La CPS a estimé dans son budget 2009 le manque à gagner cumulé lié à la décision de baisser les taux de cotisation maladie en 2006 à 22,3 Mds F cfp. Cette estimation ne tient toutefois pas compte de l'élargissement de l'assiette des cotisations en 2008.

Tableau 11 : Détail des recettes et dépenses du RGS, par risque

En Millions de Fcp		2005	2006	2007	2008	2009	2010 (prév.)	Evolution annuelle
Famille	Recettes	7450	7380	7358	7815	8438	8449	3%
	Dépenses	7298	7855	7928	7956	7769	8105	2%
	<b>Résultat</b>	<b>152</b>	<b>-475</b>	<b>-570</b>	<b>-141</b>	<b>669</b>	<b>344</b>	
Retraite A + FSR	Recettes	15840	19703	26092	23491	25198	25047	12%
	Dépenses	16509	18478	19775	24069	23976	25860	11%
	<b>Résultat</b>	<b>-669</b>	<b>1225</b>	<b>6317</b>	<b>-578</b>	<b>1222</b>	<b>-813</b>	
Retraite B	Recettes	3326	4111	4804	5208	5207	5795	15%
	Dépenses	2512	2805	3063	3525	3833	4233	14%
	<b>Résultat</b>	<b>814</b>	<b>1306</b>	<b>1741</b>	<b>1683</b>	<b>1374</b>	<b>1562</b>	
Maladie	Recettes	31727	28943	29289	32382	31869	32824	1%
	Dépenses	29288	31089	33408	35353	37019	38797	6%
	<b>Résultat</b>	<b>2439</b>	<b>-2146</b>	<b>-4119</b>	<b>-2971</b>	<b>-5150</b>	<b>-5973</b>	
ATMP	Recettes	2124	2161	2292	2307	1120	1634	-5%
	Dépenses	1460	1307	1376	1482	1546	1614	2%
	<b>Résultat</b>	<b>664</b>	<b>854</b>	<b>916</b>	<b>825</b>	<b>-426</b>	<b>20</b>	
AVTS	Recettes	142	1	1			0	-20%
	Dépenses	86	68	51	42	36	33	-12%
	<b>Résultat</b>	<b>56</b>	<b>-67</b>	<b>-50</b>	<b>-42</b>	<b>-36</b>	<b>-33</b>	
<b>Total</b>	Recettes	60609	62299	69836	71203	71832	73749	4%
	Dépenses	57153	61602	65601	72427	74179	78642	8%
	<b>Résultat</b>	<b>3456</b>	<b>697</b>	<b>4235</b>	<b>-1224</b>	<b>-2347</b>	<b>-4893</b>	
	<i>Couverture</i>	<i>106,0%</i>	<i>101,1%</i>	<i>106,5%</i>	<i>98,3%</i>	<i>96,8%</i>	<i>93,8%</i>	

Source : Mission d'après les comptes certifiés et le budget 2010 du RGS

Ce « décrochage » est intervenu dans un contexte de taux de prélèvements sociaux comparativement relativement peu élevés en Polynésie française. Si l'on se limite aux cotisations et contributions ayant le même objet, les taux moyens apparaissent plus bas qu'en Nouvelle Calédonie ou en métropole<sup>21</sup> : 36,7% contre 46,6% et 54,7% pour les salariés se trouvant en-dessous du plafond de ressources<sup>22</sup> applicable dans chacun de ces systèmes.

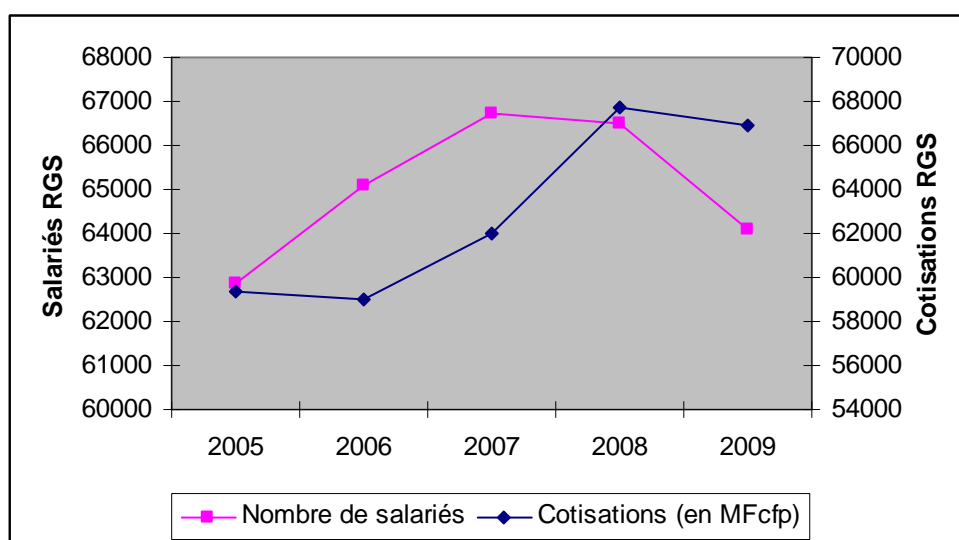
#### 1.2.1.3. Le financement par cotisations est affecté par la crise

95% des ressources du RGS reposent sur les cotisations sociales, directement soumises aux variations de l'emploi et des revenus salariaux.

<sup>21</sup> Pour autant, et même si cette comparaison est plus fiable que si l'on retient l'ensemble des taux appliqués à la masse salariale, les comparaisons sont à prendre avec prudence dès lors que les assiettes, les plafonds et les prestations financées ne sont pas rigoureusement identiques.

<sup>22</sup> En Polynésie française, il s'agit du plafond mensuel de 246.000Fcfp ; en Nouvelle Calédonie, du plafond FSH de 276.700Fcfp et en métropole, du plafond de la sécurité sociale, soit 2885€ mensuels (346.200 Fcfp)

Graphique 1 : Salariés ressortissants du RGS (2001-2009)



Source : Mission, d'après données CPS

Les recettes de cotisations augmentent jusqu'en 2008, puis stagnent en 2009. Cette évolution ne doit pas masquer que ces recettes subissent les effets de la crise dès 2007. Elles subissent les effets de la stagnation, en 2008, puis du recul, en 2009, des effectifs salariés. La stagnation des effectifs salariés est compensée par l'augmentation du plafond des cotisations de maladie (de 750 K à 3 M Fcfp) ainsi que par une légère augmentation des taux famille, retraite et maladie. Le reflux des cotisations n'est constaté qu'en 2009, le produit diminuant de 70 à 69,2 Mds Fcfp, - de 583 à 577 M€ (-1,1%).

### 1.2.2. La progression soutenue des dépenses d'assurance maladie et de retraites s'explique par la situation démographique et des paramètres généreux

#### 1.2.2.1. Les dépenses d'assurance maladie connaissent une progression forte en Polynésie française comme dans les autres pays

La protection sociale généralisée a permis en une quinzaine d'années de donner aux Polynésiens accès à une couverture du risque maladie généreuse : les dépenses de soins sont remboursées à hauteur de 80 % (honoraires, prescriptions) pour les soins de ville, à 100 % pour l'hospitalisation et les longues maladies.

Le recours aux soins a progressé de manière spectaculaire dans un contexte de développement de la médecine libérale et de vieillissement de la population. Depuis 1996, la progression des dépenses d'assurance maladie est bien supérieure à celle de la couverture et les dépenses par affilié ont crû de près de 75 %. Aujourd'hui, l'assurance maladie représente près de 50 % des ressources de la PSG.

Tableau 12 : La montée en charge de l'assurance maladie depuis la création de la PSG

	1996	2000	2004	2008	2008/1996
Population couverte	200 765	219 070	239 895	260 014	+ 30 %
Dépenses AM en MFcfp	21 582	29 111	36 953	48 489	+ 125 %
Dépense AM en M€	180	242	308	404	
Dépense / affilié PSG	107 498	132 884	154 038	186 486	+ 73 %

Source : CPS



Depuis 2005, les dépenses d'assurance maladie ont crû de 22 % en Polynésie française, celles du RNS connaissant une augmentation plus modérée à 14 %.

Tableau 13 : Prestations en nature d'assurance maladie depuis 2005

En M Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2005
RGS	24 782	26 932	28 541	29 975	32 064	+ 23%
RNS	2 511	2 707	2 882	2 966	2 912	+ 14 %
RSPF	9 107	9 749	10 679	11 103	11 384	+ 20 %
Sécurité sociale <sup>23</sup>	3 521	3 847	4 230	4 328	4 537	+ 22 %
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>39 921</b>	<b>42 235</b>	<b>46 332</b>	<b>48 372</b>	<b>50 897</b>	<b>+ 22 %</b>
<b>Total en M €</b>	<b>333</b>	<b>353</b>	<b>386</b>	<b>403</b>	<b>424</b>	<b>+ 22%</b>

Source : CPS / MF

La croissance régulière des dépenses concerne l'ensemble des postes de l'assurance maladie mais le poids de certains (hospitalisation publique et privée, honoraires, pharmacie) conduit à cibler l'analyse sur eux.

Tableau 14 : Synthèse des dépenses de santé des trois régimes de la PSG

En M Fcfp	RGS 2009	RSPF 2009	RNS 2009	PSG 2009	RGS B2010	RNS B2010	RSPF 2010	PSG 2010	%
CHPF	9 992	4 741	692	<b>15425</b>	10 903	744	4 958	<b>16 605</b>	<b>35 %</b>
Médecins conventionnés	3 994	713	437	<b>5144</b>	3 788	418	673	<b>4 879</b>	<b>10 %</b>
Pharmacie	5 213	1 443	537	<b>7193</b>	5 292	545	1 465	<b>7 302</b>	<b>15 %</b>
Autres professions de santé	4 090	1 154	418	<b>5662</b>	4 198	426	1 195	<b>5 819</b>	<b>12 %</b>
Cliniques	3 062	642	304	<b>4008</b>	3 134	296	648	<b>4 078</b>	<b>8.5 %</b>
Etablissements publics	1 121	745	74	<b>1940</b>	1 139	76	757	<b>1 972</b>	<b>4 %</b>
Fournisseurs	1 398	581	139	<b>2118</b>	1 436	143	595	<b>2 174</b>	<b>4.5 %</b>
Associations et centres	927	422	41	<b>1390</b>	1 019	45	464	<b>1 528</b>	<b>3 %</b>
Hors territoire <sup>24</sup>	2 255	939	270	<b>3464</b>	2 316	280	965	<b>3 561</b>	<b>7.5 %</b>
FMC <sup>25</sup>	11	4	1	<b>16</b>	11	1	4	<b>15</b>	<b>-</b>
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>32064</b>	<b>11384</b>	<b>2 912</b>	<b>46360</b>	<b>33 237</b>	<b>2 973</b>	<b>11 723</b>	<b>47 933</b>	
<b>Total en M €</b>	<b>267</b>	<b>95</b>	<b>24</b>	<b>386</b>	<b>277</b>	<b>25</b>	<b>98</b>	<b>399</b>	

Source : CPS. Budget 2010

Cette croissance importante des dépenses d'assurance maladie doit être analysée dans le cadre plus vaste de la croissance des dépenses de santé en Polynésie française, dont une part plus importante qu'en métropole est socialisée au sein de l'assurance maladie. En 2008, la dépense courante de santé<sup>26</sup> est de 72 Mds Fcfp<sup>27</sup> (600 M€) contre 31,5 (263 M€) en 1994 (+ 129 %, soit 9 % par an). Cela correspond à une dépense de 274 000 Fcfp (2283 €) par habitant et par an, équivalente aux montants constatés en Nouvelle Calédonie (264 509 Fcfp -2204 €-), et inférieure à la métropole (346 910 Fcfp -2891 €-).

<sup>23</sup> Remboursements de la sécurité sociale de métropole à la CPS / référence de la convention

<sup>24</sup> Il s'agit des évacuations sanitaires internationales

<sup>25</sup> Formation médicale continue

<sup>26</sup> Indicateur le plus large pour évaluer les dépenses de santé. La dépense courante de santé comprend aussi bien la consommation de soins, que celle de prévention ainsi que toutes les dépenses générales d'administration de la santé. Elle permet d'évaluer l'investissement d'une collectivité dans la santé. La Polynésie y consacre 13 % de sa richesse.

<sup>27</sup> Manquent les indemnités journalières sécurité sociale versées aux fonctionnaires de l'Etat

Le financement de ces dépenses est pris en charge à hauteur de 79 % par des cotisations sociales, de 12 % par la CST et de taxes affectées, et moins de 7 % par les ménages. En métropole, la part qui reste à la charge des ménages est de 23 %, dont près de 14 % couverts par des mutuelles ou des assurances privées qui n'existent pas en Polynésie. Après les couvertures complémentaires, environ 10 % des dépenses restent

Tableau 15 : Part des différents financeurs de la santé en 2008

	Cotisations	Ménages	CST et taxes affectées	Etat	Autres
Consommation médicale totale	78,9 %	6,7 %	11,9 %	1,2 %	0,7 %
Dépense courante de santé	78 %	5,7 %	12,4 %	1,5 %	0,7 %

Source : Direction de la santé

#### 1.2.2.2. Les dépenses de retraites sont les plus dynamiques, et s'expliquent largement par un paramétrage inadapté

Les dépenses de retraites sont de loin les plus dynamiques au sein du RGS. Leur progression est proche de 50% sur la période 2005-2009, environ le double de celles des dépenses maladie (+26%). Les prévisions 2010 font état d'un premier déficit annuel, dépassant 800 M Fcfp (6,7 M€) pour la tranche A. Cette dernière donnée est particulièrement alarmante, dans la mesure où la démographie du régime reste favorable, et dans la mesure où les taux de cotisation 2010 ont été relevés de 0,51 point.

Entre 1968, date de la mise en place de la tranche A, et 2008, l'espérance de vie a progressé de 17 ans pour les femmes et de 15,5 ans pour les hommes<sup>28</sup>. La Polynésie française est entrée dans une période de vieillissement démographique. Les effectifs de retraités augmentent fortement.

Tableau 16 : Effectifs tranches A et B du RGS (2002 à 2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2002
Tranche A + FSR	11845	12805	14220	15161	16115	17171	18484	19792	67%
Tranche B	3580	4016	4442	4939	5361	5839	6527	7108	99%

Source : CPS

Les effectifs (pensionnés, bénéficiaires de pensions de réversion et de capital décès) de la tranche A ont augmenté de 2/3 depuis 2002, tandis que ceux de la tranche B ont doublé. Si l'augmentation de l'espérance de vie est un succès incontestable, elle a des répercussions sur l'équilibre des retraites. Le ratio salariés / pensionnés diminue rapidement. En 2010, le RGS compte un pensionné pour 3,24 salariés cotisants. Ce ratio était proche de un pour cinq encore en 2002. En 2027, les projections sont de 2,2 actifs par cotisant. L'essentiel du dynamisme de la dépense provient de la progression des effectifs bénéficiaires du système de retraites. Il explique la progression de la dépense pour 3/4, tandis que l'« effet prix » résultant des prestations payées en moyenne aux bénéficiaires du régime est à l'origine d'un quart de cette progression.

En outre, la comparaison avec le système métropolitain ou avec la Nouvelle Calédonie, le système de retraites polynésien se révèle relativement généreux. Il permet le maintien d'un âge moyen de départ en retraite assez bas, stable à 56 ans depuis le début des années 2000. Le taux de départs anticipés s'est quant à lui accentué (57% en 1996, 68% en 2007). La proportion de retraités ayant fait une carrière complète est très basse (moins de 13%).

<sup>28</sup> Soit respectivement 61,2 ans et 57,5 ans en 1968 et 78,2 ans et 73 ans en 2008.

Tableau 17 : Comparaison des systèmes de retraite de base de Polynésie française, de Nouvelle Calédonie et de métropole

	<b>Polynésie française</b>	<b>Nouvelle Calédonie</b>	<b>Métropole</b>
Nombre d'annuités nécessaires pour une retraite à taux plein	35 annuités	Système par points	41 annuités
Age de départ	Possibilité de départ anticipé à 50 ans avec 15 ans de cotisations minimum	A partir de 55 ans avec 5 ans de cotisations minimum	A partir de 60 ans
Abattement / décote	1% par an en-dessous de 60 ans	6% par an en-dessous de 60 ans	4% par an selon l'âge et la durée de cotisation
Taux plein	70%	Système par points	50%
Salaire moyen de référence	5 meilleures années dans les 10 dernières années	Système par points	25 meilleures années d'activité

Source : CPS et mission

Les premiers effets du vieillissement démographique et les paramètres du système de retraites en font aujourd'hui un dispositif insoutenable à court terme. Sans réforme profonde, l'horizon de viabilité des retraites de la tranche A est limité à 2013-2014. Le système de la tranche B est affecté de faiblesses constitutives encore plus redoutables, qui mettent en question sa viabilité y compris en cas de réalisation de réformes paramétriques importantes.

A cet égard a été discutée, notamment dans le cadre des états-généraux de l'outre-mer, la question de l'adhésion obligatoire des non salariés au régime de la tranche A. Les résultats d'une étude menée par un cabinet d'actuaire pour la CPS en 2009 montrent que l'intégration des indépendants permettrait de constituer à court terme un apport de cotisations mais que le déséquilibre structurel du régime serait amplifié à moyen terme du fait du nombre de retraités supplémentaires. Une telle solution ne constitue pas une alternative à une réforme profonde des retraites en Polynésie française.

#### 1.2.2.3. Les prestations familiales ne connaissent que des évolutions modérées

On observe une relative stabilité des montants servis aussi bien pour les prestations légales, que pour les fonds d'action sociales. Les allocations familiales représentent près de 93 % de ces dépenses.

Tableau 18 : Prestations familiales pour les trois régimes

M Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009
Allocations prénatales	151	158	153	157	139
Allocations maternité	194	204	206	218	186
<b>Allocations familiales</b>	<b>4492</b>	<b>4518</b>	<b>4 712</b>	<b>4631</b>	<b>4309</b>
IJ maternité	0	263	347	367	369
ASH	212	248	275	278	272
FASS (dont CSH)	1664	1769	1 542	1563	1 214
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>6713</b>	<b>7161</b>	<b>7 233</b>	<b>7214</b>	<b>6489</b>
<b>Total en M €</b>	<b>56</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>54</b>

Source : Comptes certifiés CPS

Cette relative stabilité des dépenses tient à celle du nombre de bénéficiaires liée à la transition démographique et la réduction du taux de natalité.

Tableau 19 : Répartition des enfants par régime

	RGS	RSPF	RNS	Total
1995	62 003 soit 69 %	25 128 soit 28 %	2 556 soit 3 %	89 687
2007	66 657 soit 72 %	21 885 soit 24 %	3 956 soit 4 %	92 498

Source : CPS

### 1.3. En l'absence de toute réforme, le RGS sera en défaut de paiement dans un avenir proche ; le RNS et le RSPF pèseront sur les finances du Pays

La mission a réalisé des projections indicatives pour la période 2011-2014 sur la base de l'évolution des dépenses et des recettes constatées entre 2005 et 2009<sup>29</sup>. Les limites intrinsèques à ce type de travaux doivent conduire à en relativiser la précision.

#### 1.3.1. Un défaut de paiement du RGS est estimé également pour 2013-2014

Sur la base des données communiquées par la CPS, la mission s'est efforcée de faire des projections de trésorerie pour le RGS, en l'absence de tout scénario de réforme. Il convient de relever en préalable la fragilité inhérente à ce genre d'exercice, qui repose sur des hypothèses sujettes à débat<sup>30</sup>. Toutefois, les évolutions de dépenses et de recettes sont projetées sur la base des évolutions constatées dans la période récente (entre 2005 et 2009).

<sup>29</sup> Par ailleurs, pour l'ensemble de ces estimations, le surcoût représenté par l'ouverture du Centre hospitalier de Polynésie française est valorisé à 2 milliards de Fcfp.

<sup>30</sup> En l'occurrence, les hypothèses retenues sont les suivantes : progression annuelle des recettes de cotisations de 1%, hausse annuelle des dépenses : assurance maladie 3% ; accidents du travail de 5% ; prestations familiales 0% ; retraite A 5,5% ; FSR 6,4% ; retraite B 11% ; charges administratives 1%. Le surcoût lié au nouvel hôpital est estimé globalement à 2 milliards d'euros en 2011, répartis entre les 3 régimes selon la clé de répartition suivante : 2/3 RGS ; 8,34% RNS et 1/4 RSPF. Cette clé est par ailleurs utilisée pour proratiser les gains espérés liés aux réformes préconisées en matière de santé.

Tableau 20 : Soldes de trésorerie prévisionnels (2010-2014) du RGS en l'absence de réforme, sur la base des flux de trésorerie constatés entre 2005 et 2009

En M Fcfp	2010	2011	2012	2013	2014
Prestations familiales	1764	1191	1208	1283	1355
Accidents du travail	-166	-181	-251	-328	-414
Assurance maladie	-4727	-6855	-7907	-8917	-9971
Retraites A	-2110	-3106	-4228	-5422	-6690
Fonds social des retraites	743	645	538	423	299
Retraites B	1252	863	404	-112	-692
Charges administratives	-2831	-2876	-2909	-2943	-2977
Investissements	90	316	334	348	352
Produits financiers	285	230	136	76	76
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>-5700</b>	<b>-9773</b>	<b>-12675</b>	<b>-15592</b>	<b>-18662</b>
<b>Total en M €</b>	<b>-48</b>	<b>-81</b>	<b>-106</b>	<b>-130</b>	<b>-156</b>

Source : Mission d'après données CPS

Dans une hypothèse d'absence de réforme, les déficits du RGS atteindraient des proportions insoutenables. Le seul déficit de l'assurance maladie, en particulier, approcherait les 10 milliards de Fcfp en 2014. Le RGS verrait son déficit global passer de 5,7 à 18,7 milliards de Fcfp. Le défaut de trésorerie interviendrait dans le courant de l'exercice 2013.

Tableau 21 : Réserves prévisionnelles en l'absence de réforme (2010-2014)

En MFcfp	2010	2011	2012	2013	2014
Prestations familiales	1000	2191	3399	4682	6037
Accidents du travail	5842	5661	5410	5082	4668
Assurance maladie	-15423	-22278	-30185	-39102	-49073
Tranche A + FSR	50304	47843	44153	39154	32763
Tranche B	10035	10898	11302	11190	10498
Autres	-114	-2444	-4883	-7402	-9951
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>51644</b>	<b>41871</b>	<b>29196</b>	<b>13604</b>	<b>-5058</b>
<b>Total en M €</b>	<b>430</b>	<b>349</b>	<b>243</b>	<b>113</b>	<b>-42</b>

Source : Mission d'après données CPS

Les réserves du régime, composées d'actifs liquides et non liquides, seraient quant à elles épuisées en 2014. La « dette » de l'assurance maladie, qui devrait s'élever à 15,4 milliards de Fcfp (128 M€) fin 2010, devrait atteindre selon la projection 49 milliards de Fcfp (408 M€) fin 2014.

De tels résultats montrent l'urgence d'une réforme profonde de la PSG en Polynésie française.

### 1.3.2. La situation du RNS est moins grave mais repose sur la solidarité du Territoire

Tableau 22 : Projection 2010-2014 des résultats du RNS, sur la base des dépenses et recettes constatées entre 2005 et 2009

En MFcfp		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	Cotisations	2284	2386	2434	2482	2532	2583
	Territoire	1218	1445	1597	1648	1701	1756
	Autres	85	70	85	85	85	85
	<b>Total</b>	<b>3587</b>	<b>3901</b>	<b>4116</b>	<b>4215</b>	<b>4318</b>	<b>4424</b>
Dépenses	Famille	296	362	300	300	300	300
	Maladie	2964	3028	3316	3415	3518	3623
	FASS	46	55	50	50	50	50
	Autres	377	456	450	450	450	450
	<b>Total</b>	<b>3683</b>	<b>3901</b>	<b>4116</b>	<b>4215</b>	<b>4318</b>	<b>4423</b>
<b>Résultat d'exploitation</b>		<b>-96</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source : Mission.

Les projections effectuées pour le RNS supposent que la progression des bases de cotisations des non salariés est inférieure à celle des dépenses d'assurance maladie (+2 contre +3% par an). Dès lors, et dans l'hypothèse d'une stabilité des autres dépenses, l'intervention du Pays progressera sensiblement.

### 1.3.3. La situation du RSPF est une menace directe sur les finances du Territoire

L'équilibre du RSPF est aujourd'hui obtenu grâce au versement de subventions du Pays, et par l'affectation de ressources fiscales et de la contribution sociale territoriale (CST) au régime.

Or, ce dernier connaît une croissance particulièrement forte, liée aux facteurs d'évolution qui touchent également les autres régimes (vieillesse, dynamisme des dépenses de santé), mais aussi du fait de la progression du nombre de ses affiliés, elle-même largement liée à la détérioration du niveau de l'emploi et de la situation sociale.

Depuis 2005, la progression des affiliations à la PSG se concentre sur le RSPF (+23%), alors que le RGS et le régime de sécurité sociale (RSS) demeurent stables et que le RNS a progressé plus lentement (+7%).

La mission a réalisé des projections pour la période 2010-2014<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Hypothèses : Recettes : hausse des bases de CST et de fiscalité affectée de 1% par an, subvention d'équilibre du Pays ; Dépenses : assurance maladie +3% ; famille +2% ; personnes âgées +8% ; FAS +150KF ; handicap +300KF ; RPSMR -20% ; autres stabilité. Les dépenses de maladie intègrent par ailleurs la quote-part du surcoût du nouvel hôpital.

Tableau 23 : Projection 2010-2014 des résultats du RSPF, sur la base des dépenses et recettes constatées entre 2005 et 2009

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	CST	8800	8667	8754	8841	8930	9019
	Fiscalité affectée	4115	8395	8479	8564	8649	8736
	Territoire	10472	7442	9026	10028	11077	12173
	Autres	21		50	50	50	50
	<b>Total</b>	<b>23408</b>	<b>24504</b>	<b>26309</b>	<b>27483</b>	<b>28706</b>	<b>29978</b>
Dépenses	Famille	1966	1990	2030	2070	2112	2154
	Maladie	11306	11731	12700	13081	13473	13878
	Personnes âgées	3932	4011	4332	4678	5053	5457
	FAS	1272	1649	1799	1949	2099	2249
	Handicap	3962	4128	4428	4728	5028	5328
	RPSMR	263	275	220	176	141	113
	Autres	809	720	800	800	800	800
	<b>Total</b>	<b>23510</b>	<b>24504</b>	<b>26309</b>	<b>27483</b>	<b>28706</b>	<b>29978</b>
Résultat d'exploitation	-102	0	0	0	0	0	

Source : Mission

Les résultats montrent que le Pays sera sollicité dans une proportion croissante au cours des années à venir, pour 1,6 milliard (13 M€) supplémentaire en 2011, en partie pour faire face à l'ouverture du nouvel hôpital puis pour 1 milliard de Fcfp (8 M€) supplémentaire chaque année. Face à cette situation, il convient d'envisager une limitation de l'évolution des dépenses du RSPF, ainsi que l'orientation de ressources supplémentaires vers ce régime.

## 2. FACE A CETTE SITUATION UNE ACTION VIGOUREUSE PORTANT SUR LES DEPENSES ET SUR LES RECETTES EST INDISPENSABLE A COURT TERME

### 2.1. Régler la question de la « dette » sociale et « sécuriser » les réserves des retraites

S'il n'existe pas à proprement parler de « dette », au sein du RGS, de l'assurance maladie vis-à-vis du système de retraites, le déficit cumulé du risque maladie pèse sur les réserves des retraites et *in fine* sur l'horizon de viabilité du régime. Outre la résorption du déficit structurel de la maladie, il importe d'apporter une réponse spécifique à la question du déficit cumulé de 15,4 Mds Fcfp (128 M€) prévu pour 2010.

Cette question a fait l'objet d'un des points du protocole de fin de conflit du 14 juin 2010. Le texte prévoit que le gouvernement de Polynésie « soumettra (...) à l'Assemblée de Polynésie française, dans le courant du deuxième semestre 2010, un projet de loi de Pays, pour la prise en charge de la dette prévisionnelle afin de rembourser les avances faites par la caisse de retraite ». Par ailleurs, « Le gouvernement s'engage à ce que les partenaires sociaux et économiques participent de manière équitable au remboursement de la dette sociale en fonction de leurs facultés respectives, en préservant les revenus des plus modestes ».

Il appartient évidemment au gouvernement de Polynésie de déterminer les modalités de mise en œuvre de cet engagement.

Une première piste évoquée par les interlocuteurs de la mission consiste à demander l'appui de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), compétente en métropole pour la gestion de la dette de la sécurité sociale. Une telle intervention nécessiterait une loi modifiant les statuts de la CADES, afin de lui permettre d'intervenir dans le périmètre polynésien. Le principe d'une telle loi n'a pour l'heure pas été décidé.

Une deuxième option consisterait à emprunter la somme correspondant à la « dette » de l'assurance maladie auprès d'une banque.

Ces deux solutions nécessiteraient de mettre en place un prélèvement afin de rembourser les annuités de l'emprunt (capital et intérêts), que celui soit contracté auprès de la CADES ou d'une banque.

Or, le RGS dispose des fonds nécessaires pour financer, à titre transitoire, le déficit cumulé de l'assurance maladie, sans avoir à déboursier de somme correspondant au paiement d'un taux d'intérêt à un organisme externe.

C'est pourquoi la mission ne recommande pas de souscrire un tel emprunt. Un financement direct de la « dette » de l'assurance maladie par l'affectation d'une recette fiscale est préférable. Cette recette nouvelle devrait être affectée à un fonds d'amortissement de la dette de l'assurance maladie, établi de manière visible dans les comptes du RGS. Ce fonds présenterait en bilan d'ouverture une dette correspondant au déficit cumulé de l'assurance maladie, diminué de tout ou partie de l'excédent cumulé de la branche AT (soit entre 10 et 15 Mds Fcfp au total). La mission recommande d'affecter une ressource fiscale à ce fonds, destiné au comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie. Une telle solution permettrait d'afficher de manière claire la destination de ce prélèvement, à instituer par une loi de pays. Elle permettrait en outre d'éviter d'avoir recours à un emprunt bancaire, et de supprimer la charge représentée par le versement d'intérêts.

La ressource pourrait avoir des modalités diverses. La création d'une contribution de remboursement de la dette de l'assurance maladie calquée sur l'assiette et les règles de la CST pourrait permettre de répondre à l'objectif d'équité visé par le protocole du 14 juin 2010. En effet, le caractère progressif de cette contribution implique un moindre effort des revenus les plus modestes.

A titre d'exemple, la mise en place d'une contribution de remboursement de la dette sociale équivalant à 10% des taux applicables à chacune des tranches de CST permettrait d'amortir la dette. Ainsi, les taux applicables à cette contribution sur les salaires seraient de 0,05% en-dessous de 150.000 Fcfp, de 0,30% jusqu'à 350.000 Fcfp, de 0,35% jusqu'à 700.000 Fcfp et de 0,50% au-delà. En appliquant le même ratio aux taux applicables aux autres « branches » de la CST (non salariés, revenus agricoles, revenus des capitaux mobiliers), le produit devrait également représenter l'équivalent de 10% de la CST, soit environ 867 MFcfp<sup>32</sup> (7,2 M€), permettant un amortissement de la « dette » de 10 à 15 Mds F cfp en moins de quinze ans<sup>33</sup>.

## **2.2. *Limiter la générosité du système de prestations maladie et retraite pour contenir le rythme des dépenses***

### **2.2.1. En matière d'offre de soins et d'assurance maladie**

La gravité de la situation financière de l'assurance maladie polynésienne conduit la mission à recommander d'utiliser toutes les marges de maîtrise et de réduction des dépenses d'assurance maladie d'une part, et de rationaliser l'offre publique de soins d'autre part.

---

<sup>32</sup> Base 2010



- 2.2.1.1. Seules des actions radicales sur le prix de la santé et sur le niveau de socialisation du risque peuvent permettre à l'assurance maladie d'engager une stratégie de maîtrise des dépenses

**A court terme, la restauration des conditions d'équilibre de l'assurance maladie passe par une double intervention sur le prix de la santé et sur le taux de prise en charge.**

L'intervention sur le prix de la santé pourrait ainsi consister en :

- une baisse de la dotation globale des établissements privés de santé, manifestement surévaluée : une baisse de 15 % permettrait d'éviter plus de 470 M Fcfp (3,9 M€) de dépenses ;
- une baisse de 10 % des lettres clefs des professions de santé<sup>34</sup>, dans un premier temps, permettrait d'éviter plus de 1070 M Fcfp (8,9 M€) de dépenses ;
- une baisse de 15 % du coefficient multiplicateur des médicaments pour les grossistes et pour les pharmaciens permettrait d'éviter plus de 863 M Fcfp (7,2 M€) de dépenses ;
- la substitution systématique de génériques pourrait éviter 150 M Fcfp (1,3 M€) de dépenses ;
- une baisse de 10 % de la valorisation des actes de biologie (B/BP) au niveau pratiqué en Nouvelle Calédonie permettrait d'éviter plus de 366 M Fcfp (3 M€) de dépenses.

La mission recommande également d'augmenter la participation des assurés et donc de réduire la socialisation du risque maladie par :

- l'introduction d'un forfait hospitalier de 1 000 Fcfp (8,33 €) qui permettrait d'éviter 200 M Fcfp (1,7 M€) de dépenses ;
- le déremboursement du petit appareillage qui permettrait d'éviter 600 M Fcfp (5 M€) de dépenses ;
- l'introduction d'une franchise sur les boîtes de médicaments permettrait d'éviter 400 M Fcfp (3,3 M€) de dépenses ;
- enfin, l'augmentation du ticket modérateur de 10 points dans un premier temps pour les patients hors longue maladie.

L'ensemble de ces mesures, qui peuvent être d'application immédiate, permettrait de réduire de 4 milliards de Fcfp (33 M€) les dépenses d'assurance maladie dès 2011.

A moyen et long termes, la mission recommande un certain nombre de mesures susceptibles d'améliorer significativement la régulation des dépenses de santé, hospitalières et ambulatoires :

- eu égard au poids des dépenses de l'assurance maladie, la mission recommande l'adoption chaque année par l'APF d'un objectif de dépenses de l'assurance maladie fondé sur une connaissance actualisée de l'économie de la santé et des finances sociales ;
- pour les établissements de santé, publics et privés, le renforcement de l'information médicale, de la connaissance de l'activité et des coûts de production des soins sont des priorités ;

---

<sup>34</sup> C'est-à-dire des tarifs des professions de santé. La mesure devrait concerner l'ensemble des actes, à l'exception de ceux dont la valeur apparaît raisonnable au regard de ceux en cours en Nouvelle Calédonie ou en métropole

- la mission recommande de modifier les conditions de financement de ces établissements : pour le CHPF, l'arrêt de la T2A et le retour à une dotation globale de fonctionnement étayée par une connaissance précise de l'activité sont urgents ; pour les établissements privés en revanche, le mécanisme actuel de DGF doit être abandonné au profit d'une T2A ou au moins d'un prix de journée si les systèmes d'information ne la permettent pas ;
- sur le médicament, la mission recommande à la Polynésie française de transposer telles quelles les décisions de la commission d'admission au remboursement en métropole qui de surcroît analyse le service médical rendu des produits, ce qui ouvre de nouvelles perspectives de réduction des dépenses de l'assurance maladie.

#### 2.2.1.2. L'organisation de l'offre publique de soins

L'ouverture du nouvel hôpital au deuxième semestre 2010 va donner lieu à un surcoût de fonctionnement inévitable dont l'évaluation a donné lieu à de nombreux débats. Sur ce point particulier, la mission estime que ce surcoût devrait se situer aux alentours de 2 milliards de Fcfp (16,7 M€) pour la PSG. Une analyse détaillée des différents postes figure dans l'annexe consacrée à l'offre publique de soins. A l'exception du report de l'ouverture de certaines unités, les marges de manœuvre dont dispose l'établissement pour le réduire sont inexistantes. La recherche de ressources complémentaires doit être encouragée (amélioration de la facturation et du recouvrement, location de blocs) mais ne permettra pas à court terme de le compenser de manière significative.

Le financement de ce surcoût incombera pour l'essentiel à l'assurance maladie, à l'exception des missions d'intérêt général et de l'amortissement du bâtiment qui relèvent du Pays. On peut imaginer qu'à moyen terme un certain nombre d'évacuations sanitaires pourront être évitées mais seule la charge de transport disparaîtra.

Il ne fait aucun doute qu'au-delà de l'amélioration significative de la qualité des soins et de l'accueil des patients, le nouvel hôpital va constituer une charge supplémentaire pour l'assurance maladie, cela ne rend que plus urgente l'adoption de mesures fortes de maîtrise des dépenses.

En tout état de cause, la mission recommande de reporter *sine die* tous les nouveaux investissements liés à sa mise en fonctionnement.

A moyen terme, la mission estime que la gestion des ressources humaines du CHPF et notamment les éléments variables de rémunération liés à l'organisation du temps de travail des personnels médicaux, soignants et administratifs de l'établissement constituent les priorités d'économies. Le mécanisme d'heures supplémentaires structurelles des personnels soignants, le temps médical continu au lieu des demi-journées en vigueur ailleurs générateur de nombreuses gardes et astreintes sont des facteurs de surcoûts importants. La mission a conscience des difficultés sociales que recèlent de tels chantiers mais considère que la situation financière de la Polynésie française et de l'assurance maladie imposent qu'ils soient engagés.

L'ouverture du nouvel hôpital peut cependant représenter pour la Polynésie française une occasion historique de restructurer son offre de soins en la rendant plus efficiente. La mission recommande ainsi de centraliser l'ensemble de la biologie publique au sein du CHPF et en conséquence d'envisager deux scénarios pour l'avenir de l'Institut Louis Malardé, soit le transformer en établissement public administratif recentré sur des missions de recherche, soit envisager le transfert de ces activités de recherche au sein de l'Université de Polynésie française et le fermer. S'agissant d'une décision politique importante et faute d'avoir pu évaluer la qualité scientifique de la production de l'Institut Louis Malardé, la mission ne tranche pas entre ces deux options.

La confirmation du rattachement des hôpitaux de la direction de la santé au CHPF va dans le sens d'une rationalisation de l'offre de soins hospitalière. La mission recommande cependant la plus grande vigilance pour qu'à l'occasion de ce transfert, on n'étende pas à ces établissements l'organisation du temps de travail en vigueur au CHPF.

## 2.2.2. En matière de retraites

### 2.2.2.1. La tranche A : mener une réforme profonde et rapide sur l'ensemble des paramètres

Les études actuarielles disponibles montrent toute l'urgence de la situation des retraites, qui implique de mener une réforme rapide et profonde. Il appartient aux partenaires sociaux et *in fine* au gouvernement et à l'assemblée de Polynésie de décider des principes d'une réforme, et de sa mise en œuvre par arrêtés et par une loi de pays. La mission estime que l'ensemble des acteurs impliqués dispose désormais des éléments pour décider d'une telle réforme. La CPS dispose d'un outil lui permettant d'effectuer des simulations complémentaires simples.

Une telle réforme devrait permettre, selon les hypothèses retenues, d'assurer un horizon de viabilité soutenable. En conséquence, la mission recommande d'adopter une réforme prolongeant l'horizon de viabilité du régime de la tranche A au moins jusqu'en 2025.

Il importe de modifier sensiblement l'ensemble des paramètres des pensions :

- ✚ En premier lieu, il convient d'augmenter significativement les recettes. Plusieurs solutions, qui peuvent être combinées ou alternatives, s'offrent pour parvenir à cet objectif :
  - Une augmentation forte du taux de cotisation. Par exemple, l'augmentation immédiate du taux de cotisation à 19,78% permettrait de dégager un horizon de viabilité de 10 années d'après l'étude actuarielle de 2009 ;
  - Une augmentation régulière du taux de cotisation de la tranche A. Les études actuarielles montrent qu'une augmentation de 0,39 point chaque année jusqu'en 2033 permet de répondre à aux difficultés à condition d'être combinées avec une limitation des dépenses ;
  - Le déplafonnement d'une partie de la cotisation retraite permettrait également de dégager des marges de manœuvre à intégrer dans une simulation à réaliser par la CPS. A titre d'illustration, l'application d'un plafond de cotisation de 3 M Fcfp à 1 point de cotisation retraite (14,46% aujourd'hui) permettrait de dégager environ 640 M Fcfp (5,3 M€) de recettes supplémentaires<sup>35</sup> ;
  - Le déplafonnement de la cotisation FSRE permettrait également de dégager des marges de manœuvre et particulièrement de reconstituer les réserves des retraites de la tranche A<sup>36</sup>.
- ✚ En deuxième lieu, les conditions générales d'accès à la retraite assurantielle doivent être revues en profondeur, de manière à repousser l'âge moyen de départ en retraite, aujourd'hui de 56 ans. Plusieurs leviers peuvent être actionnés à ce titre :
  - Augmenter la durée de cotisation : la réforme décrite dans le document du cabinet d'actuaire propose par exemple de la porter à 37 ans, la réforme PSG2 à 40 ans ;
  - Reculer l'âge légal de départ en retraite, qu'il s'agisse de l'âge minimal de départ anticipé ou de l'âge légal : par exemple, la réforme présentée par le cabinet d'actuaire en 2009 suggère de repousser l'âge de départ anticipé à 55 ans ; l'âge de départ en retraite à taux plein pourrait être également repoussé d'une ou deux années (61 ou 62 ans) ;
  - Surtout, il convient de mettre fin à la faiblesse de l'abattement de 1% par année de départ avant 60 ans. Cette « décote » devrait être portée à 4, 5 ou 6% (comme c'est le cas en Nouvelle Calédonie) pour dissuader les départs anticipés.
- ✚ Enfin, le niveau de remplacement des pensions doit être réétudié. Là encore, plusieurs modalités sont possibles :
  - L'absence de revalorisation temporaire des pensions, comme le suggère l'étude de 2009 ;

<sup>35</sup> 750 MFcfp de recettes supplémentaires pourraient être tirées du déplafonnement du FSRE (base CPS 2009 supérieure à 100000Fcfp : 187179MFcfp\*1%)

<sup>36</sup> Comme c'est le cas en métropole pour les retraites de base, à hauteur de 1,70%

- La diminution du taux de remplacement, en passant par exemple de 70% à 65% ;
- L'extension du nombre d'années de référence pour le calcul des retraites : passer par exemple d'un calcul reposant aujourd'hui sur les 5 meilleures années dans les 10 dernières années à un calcul reposant sur le revenu moyen des 10 meilleures années dans les 25 dernières années.

A titre d'exemple, le cabinet d'actuaire ayant travaillé sur la tranche A en 2009 proposait le scénario suivant, qui répond aux objectifs de retour à un horizon de viabilité soutenable :

Tableau 24 : Scénario testé par l'étude actuarielle 2009 – hypothèse de réforme profonde

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètres modifiés	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2033 avec taux de 23,31%, âge mini. départ 55 ans, carrière 37 ans, revalorisation 0%	2042	25
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2033 avec taux de 23,31%, âge mini. départ 55 ans, carrière 37 ans, revalorisation 0%	2037	24

Source : CPS

2.2.2.2. Le régime de la tranche B doit connaître une réforme d'envergure allant au-delà du calibrage de ses paramètres, ce qui nécessite une étude approfondie

Sur la tranche B, 2/3 du montant total des prestations versées provient de points attribués gratuitement (soit une dépense annuelle de plus de 2,5 Mds Fcfp -20,8 M€-). Les études montrent que les réformes paramétriques applicables à la tranche A prolongeront l'horizon de viabilité de la tranche B, mais que son déséquilibre intrinsèque ne sera pas modifié pour autant. La tranche B nécessite une réforme structurelle.

Quelques hypothèses peuvent être envisagées, certaines ont fait l'objet de premières études :

- ✚ La mise en place d'une sortie en capital pour les bénéficiaires de la tranche B, en substitution de la rente de retraite. En 2006, l'agence comptable de la CPS a estimé le remplacement des points gratuits par le versement d'un capital de 1,5 M Fcfp (12.500 €) au départ en retraite du bénéficiaire. Une telle opération représenterait une économie globale de 11,1 Mds Fcfp (92,5 M€), mais supposerait des ressources de trésorerie suffisantes ;
- ✚ La diminution de la valeur du point. Un gel de la valeur du point au niveau de 1996 permettrait de dégager une économie de 4,7 Mds Fcfp (39,2 M€) ;
- ✚ La création d'un prélèvement social spécifique sur les bénéficiaires de points gratuits.

Les états généraux de l'outre mer avançaient des pistes pour une réforme profonde des retraites complémentaires : « *supprimer la tranche B qui ne concerne qu'une partie des cotisants et la remplacer progressivement par un système par capitalisation ou l'adhésion à une complémentaire type AGIRC ARRCO* », « *inciter fiscalement le développement d'une retraite par capitalisation (recyclage intéressement des entreprises)* ». Ces solutions mériteraient d'être approfondies dans un délai bref.

A ce stade, les études sont insuffisantes pour déterminer quelles options stratégiques il convient d'adopter. En outre, ces options devraient tenir compte des conséquences des nouveaux paramètres à définir pour la tranche A, qui modifieront l'âge de départ en retraite applicables à la tranche B. En conséquence, la mission recommande d'augmenter les taux de cotisation de la tranche B, d'annoncer dès à présent la nécessité de revoir le système de retraite complémentaire dans le sens d'une diminution du taux de remplacement et de diligenter urgemment une étude complémentaire permettant de déterminer au plus vite les paramètres à modifier pour la tranche B.

### **2.2.3. Des aménagements à entreprendre en matière de prestations familiales**

Dans une situation financière difficile pour la protection sociale, et malgré le rôle essentiel d'amortisseur social des prestations familiales en l'absence de minima sociaux universels et d'indemnisation du chômage, la mission ne recommande pas au gouvernement de Polynésie française d'augmenter les ressources consacrées à la couverture du risque famille.

En revanche, comme cela a déjà été discuté dans le cadre de projets de réformes de la PSG, plusieurs pistes de réforme pourraient être relancées autour de quelques objectifs ou principes à enveloppe constante voire légèrement réduite :

- L'harmonisation des droits selon les régimes : il est assez difficile de comprendre les raisons qui mènent un enfant en situation de handicap à bénéficier d'aides différentes selon le statut de ses parents (salarié, non salarié, affilié du RSPF) ;
- L'égalisation ou au moins le rapprochement des montants des allocations familiales ;
- La prise en compte du niveau de revenu et de la composition des familles : sans supprimer le bénéfice des allocations familiales aux personnes disposant de salaires élevés, on peut imaginer un montant dégressif en fonction des charges de famille.

S'agissant des prestations extra-légales, mises en œuvre dans le cadre des fonds d'action sociale de chacun des régimes, la mission recommande, comme pour les prestations légales, d'envisager une harmonisation progressive.

Enfin, la mission recommande d'envisager des mesures simples de rationalisation de la répartition des tâches entre la CPS et la direction des affaires sociales du Territoire : confier à la direction des affaires sociales le suivi social de l'ensemble de la population polynésienne, ce qui suppose de lui rattacher le service social du RGS ; à l'inverse, confier à la CPS l'ensemble des missions d'affiliation et de règlement des dépenses du RSPF.

#### **Encadré : La gestion de la CPS**

Une question récurrente porte sur le montant des frais de gestion facturés par le RGS aux autres régimes. Le rapport de la Cour des comptes, qui a procédé à un contrôle de la Caisse de prévoyance sociale en 2009, en fait une analyse détaillée et conclut de manière plutôt positive. Cela étant la mission considère important de soumettre la CPS aux mêmes efforts que l'ensemble des administrations publiques en Polynésie française, notamment sur la gestion des ressources humaines.

Les effectifs sont stables depuis 2006. Le salaire moyen progresse d'environ 3% par an. La progression continue et importante des effectifs depuis 1994 (près de 40 % en 15 ans) a accompagné la montée en charge de la PSG et de la couverture de la population. On comprend bien que les services de prestations notamment se soient développés. Il est cependant possible de s'interroger, au-delà des réorganisations ponctuelles de services, sur la croissance des effectifs de la direction, 1,5 fois supérieure à celle de l'ensemble, des antennes en Polynésie, 3 fois supérieure à celle de l'ensemble et des agences internationales.

La mission recommande de développer à moyen terme une analyse approfondie des gains de productivité de la CPS et de fixer des objectifs négociés avec le Territoire, rendus publics dans un outil de contractualisation général. Dans l'immédiat, la mission recommande d'appliquer à la CPS les mesures qu'elle propose pour l'administration du Territoire (non remplacement des départs à la retraite, gel des rémunérations etc.). Elle recommande en outre d'examiner les pistes de réorganisation suivantes : réduction significative du service des archives au sein de l'agence comptable, fermeture de l'antenne de Nouvelle Zélande, réduction significative des effectifs de l'antenne parisienne, transfert du service social du RGS à la direction des affaires sociales du Territoire.

La convention d'entreprise du 26 juin 1986 prévoit un certain nombre de dispositions favorables au profit des salariés de la CPS : droit au voyage, permissions exceptionnelles d'absence accordées aux agents représentant l'entreprise ou le Territoire sur le plan culturel, social éducatif ou sportif, prise en charge partielle par la CPS des frais médicaux des salariés et retraités de la CPS, ainsi que de leurs familles. La remise en cause de ces dispositifs permettrait de réaliser une économie d'environ 75 M Fcfp (625 K€). Elle nécessite une dénonciation par la direction de la CPS de la convention d'entreprise.

La mission recommande par ailleurs, comme le faisait la Cour des comptes dans son rapport, de mettre fin à la pratique systématique des avancements accélérés, qui pèse sur les frais de personnel.

Enfin, le budget Ressources humaines 2010 prévoit la mise en place d'un plan de départs volontaires. Le coût de l'opération en 2010 est estimé à 62,5 M Fcfp (521 K€). Si cette opération est présentée comme devant générer une économie à long terme, la direction de la CPS reconnaît que la succession de plans de départ volontaires motive la décision de salariés de la Caisse de retarder leur départ effectif en retraite, ces derniers préférant « attendre » une offre intéressante pour quitter leurs fonctions. Il va de soi que les anticipations desdits salariés sont fortement influencées par cette pratique. La mission considère que la direction de la CPS devrait renoncer au plan de départ volontaire prévu pour 2010, ainsi qu'à tout plan de départ volontaire dans les années qui viennent, afin de ne pas dissuader les départs naturels des salariés de plus de 60 ans.

### ***2.3. Accroître rapidement les recettes de la protection sociale en assurant une meilleure redistribution***

#### **2.3.1. Des mesures visant à assurer un meilleur niveau d'équité tout en accroissant les recettes de la protection sociale**

Trois recommandations sont explicitées dans les développements qui suivent. Les estimations de gains liées à chacune sont des ordres de grandeur, établis sur la base de la masse salariale estimée pour 2010<sup>37</sup>.

##### **2.3.1.1. Déplafonner les cotisations du RGS et du RNS**

Une telle mesure permettrait de mettre fin à la dégressivité actuelle des cotisations, qui n'a aucune justification lorsque les prestations servies ne sont pas elles-mêmes soumises à un plafonnement<sup>38</sup>. Les informations disponibles actuellement ne permettent pas de mesurer les effets de ce déplafonnement sur les finances sociales avec précision.

En ce qui concerne les salariés, les seules informations sur la base concerne les salaires inférieurs ou égaux à 3MFcfp brut par mois<sup>39</sup>. Sur cette base, ainsi que sur la base d'un retour des secteurs d'activité bénéficiant actuellement d'un taux famille nul au taux normal, le gain peut être estimé à 1,8 milliard de Fcfp pour les salariés.

<sup>37</sup> Plusieurs biais méthodologiques peuvent affecter les résultats effectifs de ces opérations. En particulier, les calculs ne tiennent pas compte d'un éventuel effet sur la base taxable des décisions de prélèvement (effet de désincitation au travail en particulier, effet de report sur l'économie souterraine).

<sup>38</sup> Ainsi, les cotisations de retraite tranche A et tranche B sont à cet égard un cas particulier, qui sera traité à part

<sup>39</sup> Il est probable que la proportion des salaires situés au-delà de ce seuil est très faible

Tableau 25 : Estimation d'un alignement de l'ensemble des cotisations (hors retraites tranches A et B) sur le plafond de 3 MFcfp

En M Fcfp		Estimations masse salariale déplafonnée	Taux	Produit	Produit à plafond inchangé	Ecart
Prestations familiales <sup>40</sup>		210013	3,99%	8380	7675	705
Accidents du travail	Salariés	210013	0,54%	1134	1087	47
	Org de formation	26637	0,75%	200	200	0
Assurance maladie	Salariés	210013	15,06%	31628	31628	0
	Etudiants	1977	3,00%	59	59	0
	Retraités	20244	2,51%	508	508	0
FSR	Classique	210013	0,18%	378	263	115
FSRE	Exceptionnel	201913	1,00%	2019	1123	896
<b>Total en M Fcfp</b>				<b>44306</b>	<b>42542</b>	<b>1764</b>
<b>Total en M €</b>				<b>369</b>	<b>355</b>	<b>15</b>

Source : Mission

En ce qui concerne les indépendants, le montant représenté par les recettes nettes situées au-delà du plafond de 1 M Fcfp ne peut être connu sur la base des données disponibles. Il est cependant possible d'approcher les montants en question, par l'étude de la répartition des entreprises individuelles concernées, et par comparaison avec la dispersion du chiffre d'affaires disponible grâce aux données sur l'impôt sur les transactions. Au final, au vu de la masse taxable et des fortes disparités de situations entre non salariés, on peut raisonnablement émettre l'hypothèse de fortes inégalités dans les revenus nets non salariaux des indépendants, qui constituent la base des cotisations sociales du RNS.

Une hypothèse de travail reviendrait à considérer que 10 milliards Fcfp de revenu brut supplémentaire pourraient être taxés à ce titre<sup>41</sup>, ce qui générerait 750 M Fcfp (6,3 M€) de recettes supplémentaires. Cette estimation, qui repose sur des hypothèses fortes, montre cependant très clairement l'intérêt financier d'un déplafonnement.

La suppression de ces plafonds nécessite d'être intégrée dans une loi de pays. Si le choix n'était pas fait de supprimer les plafonds, comme la mission le recommande, il conviendrait d'atténuer leurs effets pervers. A cette fin, la mission recommanderait :

- ✚ L'augmentation générale du niveau des plafonds au niveau le plus élevé actuel (soit 3MFcfp) ;
- ✚ La modification des textes instituant les cotisations afin de créer une obligation pour tout affilié de déclarer l'intégralité de la base taxable, et non uniquement la base dans la limite du plafond comme c'est le cas actuellement ;
- ✚ L'indexation des plafonds de cotisations sur l'inflation, afin de permettre un dynamisme suffisant des bases.

### 2.3.1.2. Réévaluer le taux de cotisation au RNS

Le taux de la cotisation au RNS est sensiblement inférieur aux taux applicables aux salariés. Si les indépendants bénéficient de prestations spécifiques pour la famille et le FASS, perturbant les comparaisons à ce titre, leur couverture maladie est identique pour les prestations en nature.

<sup>40</sup> Pour la simulation, on réintègre la masse salariale des trois secteurs d'activité privés bénéficiant actuellement d'un taux nul au taux normal (associations écoles et cantines, agriculture, gens de maison)

<sup>41</sup> soit 37% de 26,8 Mds Fcfp, issus d'une estimation provenant de statistiques globales de l'ISPF sur le montant total des revenus des non salariés

Or, le taux de cotisation total des indépendants (7,50%) est très inférieur au seul taux maladie des salariés (15,06%). Un alignement de ce taux sur le seul taux patronal générerait un gain de 800 M Fcfp (6,7 M€) environ, tandis qu'un alignement sur le taux de 15,06% produirait un gain de 2,4 Mds Fcfp (20 M€). En excluant des calculs les indemnités journalières, pour lesquelles il existe des différences de prestations entre salariés et non salariés, le taux serait de 14%<sup>42</sup> et le gain de l'ordre de 1,5 milliard de Fcfp<sup>43</sup> (12,5 M€).

Le cumul des deux mesures de dé plafonnement et de hausse des taux de cotisation au RNS devrait permettre d'assurer l'autofinancement du régime des indépendants.

A titre d'exemple, l'application de la seule part patronale des taux en vigueur dans le RGS à une base dé plafonnée selon les hypothèses exposées *supra* permettrait de dégager :

- ✚ Un gain de 1,8 milliard de Fcfp (15 M€) si l'on appliquait la totalité du taux maladie (soit pour la part patronale 10,04%) ;
- ✚ Un gain de 1,5 milliard de Fcfp (12,5 M€) si l'on appliquait le taux maladie correspondant aux seules prestations en nature (soit la part patronale de 9,43%).

### 2.3.1.3. Créer une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Etat

La question de l'affiliation des fonctionnaires de l'Etat à la PSG est fréquemment posée. Les états généraux de l'outre mer évoquaient la nécessité de « faire cotiser les fonctionnaires de l'Etat au régime des salariés ».

Sans se prononcer sur ce point, qui nécessiterait des consultations prolongées et des investigations techniques poussées, la mission constate que le régime social applicable aux fonctionnaires de l'Etat en Polynésie présente des particularités. Ils sont soumis à un système de prélèvements sociaux particulier. Ces différences peuvent s'expliquer dans la plupart des cas par un accès à des prestations spécifiques. C'est le cas en matière de pensions ou de prestations familiales. En revanche, en ce qui concerne les soins, les prestations auxquelles les fonctionnaires de l'Etat ont accès sont en tous points identiques à celles des autres Polynésiens, à l'exception des indemnités journalières, supportées par l'Etat employeur<sup>44</sup>. Par exemple, le ticket modérateur est le même, et les conditions de son remboursement ne diffèrent pas. Par ailleurs, les fonctionnaires de l'Etat perçoivent des rémunérations moyennes plus élevées que les autres salariés de Polynésie française.

En ce qui concerne l'assurance maladie, et si l'on ne tient pas compte de l'existence d'un régime indemnitaire, les fonctionnaires de l'Etat se voient appliquer un taux de cotisations maladie représentant moins de la moitié de celui des salariés assujettis au RGS (7,85% contre 15,06%). La part salarié enregistre un écart de 2,44 points (2,58% contre 5,02%). La mission considère donc qu'en l'état actuel de leur affiliation à la sécurité sociale, il semblerait logique de demander aux fonctionnaires de l'Etat un effort contributif en rapport avec les prestations dont ils bénéficient.

---

<sup>42</sup> Soit 15,06% moins la part des dépenses d'IJ, qui représentent 7% du total des prestations

<sup>43</sup> Le taux applicable aux non salariés serait dans une telle hypothèse le taux assurance maladie du RGS sans la part des indemnités journalières (IJ), soit 14%, et 9,34% en ce qui concerne la seule part patronale. Pour conserver le parallélisme, il faudrait lui ajouter le taux IJ des non salariés, soit 0,15%<sup>43</sup>, et 0,10% pour la seule part patronale. Dans une telle hypothèse, le taux appliqué aux non salariés serait de 14,15%, dont 9,44% correspondant à la part patronale.

<sup>44</sup> La mission ne dispose pas du montant représenté par la prise en charge par l'Etat de l'équivalent des indemnités journalières. A titre de comparaison, les indemnités journalières représentent 7% du total des prestations d'assurance maladie dans le RGS



A titre d'exemple, la mission a testé l'hypothèse d'une contribution de participation à l'assurance maladie représentant la différence aujourd'hui constatée entre les taux de cotisation maladie des fonctionnaires de l'Etat et des autres salariés de Polynésie française<sup>45</sup>. Une contribution s'élevant aux 2,44 points d'écart constatés rapporterait environ 1,7 Mds Fcfp (14 M€). Une contribution représentant la moitié de cet écart s'élèverait à 873 MFcfp<sup>46</sup> (7 M€), et porterait la part salarié des cotisations maladie des fonctionnaires de l'Etat à 3,82% contre 5,04% au RGS.

#### 2.3.1.4. Augmenter la progressivité des prélèvements sociaux

Les cotisations sociales plafonnées sont dégressives. Cette dégressivité est compensée partiellement par les taux progressifs de CST.

Le caractère progressif de la CST pourrait être amplifié, en adoptant une progression différenciée des taux applicables à chacune de ses 4 tranches. C'est l'objet de l'une des propositions *supra*, à propos de la prise en charge de « dette sociale ». D'autres augmentations différenciées des taux progressifs de la CST, doivent également être envisagées pour assurer le financement du RSPF (voir *infra*).

### 2.3.2. Selon le scénario de dépenses adopté, des mesures de rendement

L'application des recommandations exposées *supra* ne saurait en aucun cas suffire à la réalisation de l'équilibre financier de la protection sociale en 2011. Des mesures de « rendement » seront donc nécessaires. Leur calibrage sera fonction des efforts de limitation des dépenses de retraite et de maladie qui seront réalisés pour contenir les déficits des régimes sociaux.

#### 2.3.2.1. Pour le RGS

Deux directions supplémentaires devraient être explorées, qualifiables de mesures de « rendement ». De telles mesures devraient se concentrer sur la problématique de l'assurance maladie et des retraites.

En ce qui concerne le financement de l'assurance maladie du RGS, l'inachèvement de la réforme *Te Autaepera'a* a abouti à une diminution des taux de cotisations sociales sans augmentation de la fiscalité en contrepartie. Il convient donc de corriger ce déséquilibre. Deux leviers principaux sont identifiés :

- ✚ L'augmentation des taux de cotisation maladie du régime des salariés : ces taux se situaient à 17,73% en 2005, avant leur réduction de 3 points à l'origine d'une partie des difficultés financières du RGS. Une revalorisation de ces taux serait envisageable. Toute augmentation de taux serait susceptible de générer des recettes supplémentaires importantes (de l'ordre de 2,1 Mds Fcfp -17,5 M€-par point de cotisation supplémentaire). La comparaison des taux de cotisations existant en Polynésie française avec les taux en vigueur en Nouvelle Calédonie et a fortiori en métropole tend à montrer qu'il existe une marge de progression pour ces prélèvements sociaux. ;
- ✚ L'augmentation des taux de la CST et l'affectation de cette surtaxe au RGS : si la fiscalisation de l'assurance maladie est une constante internationale, la nécessité d'équilibrer les comptes du RSPF à court terme implique d'y consacrer des prélèvements supplémentaires de CST. Il conviendra toutefois d'envisager à plus long terme une fiscalisation qui demeure nécessaire. L'affectation durable de la contribution de remboursement de la « dette sociale » au risque maladie, y compris après l'amortissement cette dette, pourrait être envisagée à ce titre.

En ce qui concerne le financement des retraites, une réforme touchant à l'ensemble des paramètres devrait être menée. Parmi ceux-ci le levier des recettes devrait être intégré obligatoirement (voir *supra*).

---

<sup>45</sup> Soit 2,44 points, sans tenir compte du régime indemnitaire, dont l'effet accentue la différence de prélèvement constatée entre RGS et fonctionnaires de l'Etat

<sup>46</sup> Soit 1% de la masse salariale des fonctionnaires de l'Etat en 2008 (estimée à 71,5 Mds F cfp en 2008)

### 2.3.2.2. Pour le RSPF

Les dépenses d'assurance maladie et les dépenses liées aux minima vieillesse progresseront dans l'avenir et représenteront une charge croissante, à équilibrer par la subvention du Pays.

Il apparaît dès lors nécessaire d'augmenter les ressources propres du RSPF, et en particulier les recettes de CST. A ce titre, deux stratégies, cumulables, sont possibles :

- ✚ L'augmentation des taux de la CST affectée au RSPF ;
- ✚ L'augmentation différenciée des taux applicables aux salaires des fonctionnaires et agents publics travaillant en Polynésie française (Territoire, communes et Etat), afin de tenir compte du différentiel de rémunérations entre les agents publics et les autres salariés de Polynésie française.

A titre d'exemple, une hausse de 20% des taux de CST générerait un gain supplémentaire de 1733 M Fcfp (14 M€). Une hausse différenciée des taux de CST consistant par exemple à taxer les seuls agents publics à hauteur de 1% sur chaque tranche représenterait un gain de 1446 M Fcfp (12 M€).

### 2.3.3. Rechercher une diversification du financement de la protection sociale

Enfin, les besoins sociaux liés notamment au vieillissement commandent d'anticiper la probable croissance des dépenses de protection sociale. Celles-ci devront être couvertes par des recettes plus diversifiées. Il serait à cet égard utile d'engager une réflexion sur l'avenir du financement de la protection sociale.

Si à court terme il est possible de financer l'assurance maladie des salariés sur la base d'un élargissement de la base et une augmentation du taux des cotisations sociales, il importe de garder à l'esprit que la fiscalisation du risque maladie est une constante dans l'ensemble des régimes de protection sociale. Dès lors, l'affectation d'une part de la CST, ou d'autres impôts, à l'assurance maladie devra être étudiée dans la durée. L'affectation durable de la contribution de remboursement de la « dette sociale » au risque maladie, y compris après l'amortissement cette dette, pourrait être envisagée à ce titre.

## 3. EXEMPLE D'UN SCENARIO DE REFORME

La mission propose des orientations de réforme ainsi que des chiffrages, précisés en annexes, dont les paramètres pourront être modifiés en fonction des priorités politiques du Gouvernement de Polynésie française et des partenaires sociaux. Ainsi, plusieurs « dosages » sont possibles, et il n'appartient pas à la mission d'en fixer les paramètres avec précision.

Cependant, il apparaît utile de donner un exemple d'un tel « dosage », afin de donner la mesure de l'ampleur des réformes à accomplir pour atteindre l'objectif d'équilibre des comptes sociaux en 2011. Le scénario central détaillé *infra* montre en particulier que les efforts à entreprendre seront lourds et devront toucher l'ensemble des acteurs de Polynésie française.

Ce scénario illustratif mobilise l'ensemble des paramètres de restauration de l'équilibre, aussi bien en matière de maîtrise des dépenses sociales, singulièrement sur la maladie et la retraite, qu'en matière de recettes. Une option dégradée de ce scénario, quelle qu'elle soit, ne suffirait pas à atteindre l'objectif poursuivi de retour à l'équilibre.

La mission considère en outre utile de faire part des mesures qui, dans un second temps, devront être prises, de manière continue, pour maintenir cet équilibre. La croissance mécanique des dépenses de santé avec le développement et le vieillissement de la population, ainsi que l'inéluctabilité des dépenses liées aux retraites devraient en effet inciter la Polynésie française à construire un plan pluriannuel de financement de la protection sociale.

### 3.1. Hypothèses du scénario illustratif

Le scénario illustratif repose sur le choix stratégique de répartir les efforts sur l'ensemble des acteurs de la protection sociale. Il vise deux objectifs :

- ✚ La réalisation de l'équilibre des dépenses et des recettes en 2011 ;
- ✚ L'amélioration du niveau de redistribution.

En matière de dépenses, il actionne prioritairement les deux leviers essentiels que sont les dépenses d'assurance maladie et les dépenses de retraites. En matière de recettes, il priorise les mesures d'équité, et complète ces mesures par les mesures de rendement (hausse des cotisations) que nécessite la réalisation de l'équilibre comptable.

Le scénario correspond dans le détail aux mesures suivantes, mises en œuvre dès l'exercice 2011 :

✚ Dépenses :

- Mesures en matière d'assurance maladie :
  - Sur le prix de la santé : baisse de 10% des lettres clés, baisse de 15% de la DGF des cliniques, baisse de 15% du coefficient multiplicateur du médicament, baisse du prix du B/BP rémunérant la biologie au niveau en vigueur en Nouvelle Calédonie, substitution systématique des médicaments génériques ;
  - Sur les remboursements : hausse du ticket modérateur à 30%, introduction d'un forfait hospitalier de 1000 Fcfp, déremboursement du petit appareillage, introduction d'une franchise sur les boîtes de médicaments.
- Mesures en matière de retraites : reprise du scénario visant à repousser l'horizon de viabilité de la tranche A à 2037 :
  - Passage de l'abattement pour chaque année manquante avant l'âge de 60 ans (« décote ») de 1% à 4% ;
  - Report de l'âge minimal de départ en retraite à 55 ans ;
  - Allongement de la durée de cotisation à 37 ans pour une retraite à taux plein ;
  - Absence de revalorisation des pensions jusqu'en 2014.

✚ Recettes :

- Mesures visant à améliorer l'équité des prélèvements sociaux :
  - Déplafonnement de l'ensemble des cotisations du RGS et du RNS, à l'exception des cotisations de retraite qui demeurent par principe aux plafonds actuels, du fait de leur nature de prestation contributive ;
  - Par exception, déplafonnement d'un point de cotisation retraite de la tranche A ;
  - Création d'une contribution maladie à la charge des fonctionnaires et agents de l'Etat, de 1,22%, affectée en totalité au risque maladie du RGS, afin de réduire de moitié l'écart de taux de cotisation maladie avec les autres salariés de Polynésie française ;
  - Revalorisation du taux de cotisation du RNS à 9,44%, correspondant à l'alignement des non salariés sur la part patronale du taux maladie du RGS<sup>47</sup>.
- Mesures de rendement :
  - Rétablissement progressif des taux de cotisation maladie du RGS à leur niveau de 2005, puis augmentation régulière pour s'ajuster au rythme de progression des dépenses de santé : augmentation de 2 points en 2011 puis de 0,5 point supplémentaire chaque année jusqu'en 2014 ;
  - Diminution en contrepartie de la cotisation famille du RGS de 1 point en 2011 et suppression des subventions du Pays au RGS au titre des prestations familiales ;

---

<sup>47</sup> Après neutralisation des effets des différences liées aux IJ, voir annexe financement.

- Hausse de la cotisation d'assurance retraite de 0,39 point par an pour la tranche A et de 0,69 point par an pour la tranche B ;
- Accroissement de la CST de 5% par an.

### **3.2. Résultats du scénario illustratif**

#### **3.2.1. Pour le RGS**

##### 3.2.1.1. Simulation des résultats en 2011

La combinaison des mesures exposées supra permettrait de revenir à l'équilibre, et même de dégager un excédent de 679 M Fcfp (5,7 M€) en 2011.

Il faut noter toutefois que cet excédent est calculé sur la base des recettes prévisionnelles 2010, elles mêmes en passe d'être révisées au vu des rentrées constatées au cours des premiers mois de l'année.

Dès lors, le léger excédent anticipé ne devrait pas être un argument poussant à minorer la profondeur des réformes à entreprendre.



Tableau 26 : Effets prévisionnels des réformes dans le scénario illustratif - RGS

En M Fcfp	Scénario 2011	Mesures de recettes	Gains	Mesures d'économies	Gains	Solde
Famille	1191	Déplafonnement	528	Egalisation et quotient familial	766	477
		Réduction taux 1 point déplafonné	-2100	Dégressivité modérée	92	
Accidents du travail	-181	Déplafonnement	47			-134
Assurance maladie	-6855	Affectation 1,22% FPE	873	Déremboursement petit appareillage	400	828
				Franchise sur les médicaments	267	
				Substitution des génériques	100	
		Augmentation taux CS 2 points	4100	Ticket modérateur et baisse des prix santé	1497	
				Forfait hospitalier 1000Fcfp + DGF cliniques	447	
Retraites A	-3106	Augmentation taux 0,39 point	570	Modification des paramètres de dépense – Scénario horizon 2037 <sup>48</sup>	800	-1097
		Déplafonnement 1 point tranche A	639			
FSR	645	Déplafonnement FSR	864			1509
Retraites B	863	Augmentation taux +0,69 point	281	Modification des paramètres de dépense – Scénario horizon 2037	200	1344
Charges administratives	-2876			Stabilisation en valeur	27	-2849
Investissements	316					316
Produits financiers	230			Stabilisation en valeur	55	285
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>-9773</b>		<b>5802</b>		<b>4650</b>	<b>679</b>
<b>Total en M €</b>	<b>-81</b>		<b>48</b>		<b>39</b>	<b>6</b>

Source : Mission

<sup>48</sup> En ce qui concerne les dépenses de retraite, la mission n'a pu avoir accès à l'ensemble des données traduisant le déplacement d'un horizon de viabilité en montants de prestations servies. Les estimations sont donc forfaitaires et très fragiles



### 3.2.1.2. Simulation des résultats sur la période 2011-2014

Tableau 27 : Soldes de trésorerie du RGS dans le scénario illustratif

En M Fcfp	2010	2011	2012	2013	2014
Famille	1764	477	478	537	593
Accidents du travail	-166	-134	-204	-280	-366
Assurance maladie	-4727	828	1507	957	1028
Retraite A	-2110	-1097	-858	-742	-757
FSR	743	1509	1411	1433	1189
Retraite B	1252	1344	1063	758	425
Charges administratives	-2831	-2849	-2838	-2828	-2817
Investissements	90	316	334	348	352
Produits financiers	285	285	285	285	285
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>-5700</b>	<b>679</b>	<b>1179</b>	<b>469</b>	<b>-68</b>
<b>Total en M €</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>

Source : Mission

Tableau 28 : Résultats prévisionnels par branches du RGS après réintégration des charges communes dans le scénario illustratif

En M Fcfp	2010	2011	2012	2013	2014
Famille	1552	283	287	348	406
Accidents du travail	-215	-179	-248	-324	-409
Assurance maladie	-5952	-293	401	-137	-59
Retraite A	-2880	-1802	-1554	-1430	-1441
FSR	678	1449	1352	1375	1131
Retraite B	1116	1220	941	636	304
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>-5700</b>	<b>679</b>	<b>1179</b>	<b>469</b>	<b>-68</b>
<b>Total en M €</b>	<b>48</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>-1</b>

Source : Mission

Dans l'exemple de scénario retenu, les flux de trésorerie redeviennent positifs en 2011, et permettent de dégager un excédent global de 679 MFcfp.

Les soldes prévisionnels révèlent sur la période 2011-2014 :

- ✚ Une situation de léger déficit de l'ensemble assurance maladie / accidents du travail ;
- ✚ Un équilibre global de l'ensemble retraites A / FSR / retraites B ;
- ✚ Un léger excédent sur la branche famille.

Il faut noter que cette simulation ne va pas au-delà de 2014. Les soldes se dégraderont à nouveau par la suite, sous l'effet de la hausse tendancielle des dépenses de santé notamment. Il nécessitera l'affectation de recettes complémentaires ou la réalisation de nouveaux efforts sur les dépenses à compter de 2014<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> La simulation ne tient toutefois pas compte d'éventuels changements dans les comportements de consommation de biens et produits de santé liés aux projets de réforme, que la mission n'a pas les moyens d'évaluer.



### 3.2.1.3. Simulation de l'état des réserves

Tableau 29 : Réserves prévisionnelles dans le scénario illustratif

En M Fcfp	2010	2011	2012	2013	2014
Famille	1000	1283	1570	1919	2324
Tranche A + FSR	50190	47987	47634	47432	47377
Tranche B	10035	11255	12196	12832	13137
AM	-15423	-293	153	-461	-468
AT	5842	-179	-426	-750	-1158
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>51644</b>	<b>60054</b>	<b>61128</b>	<b>60973</b>	<b>61212</b>
<b>Total en M €</b>	<b>430</b>	<b>500</b>	<b>509</b>	<b>508</b>	<b>510</b>

Source : Mission

Le scénario de réforme proposé pour le RGS prévoit une stabilisation globale des réserves du RGS.

Les réserves de la retraite tranche A et FSR sont étales à partir de 2011, et ne se reconstituent pas au niveau induit par une stricte application des textes en la matière, qui supposeraient des réserves plus de deux fois supérieures. Les réserves de la tranche B augmentent régulièrement, mais ne suffisent en aucun cas à assurer la pérennité de ce régime, qui nécessite une réforme structurelle complémentaire.

Les réserves de l'ensemble « santé », composé de l'assurance maladie et accidents du travail, sont portées à zéro pour la simulation, puisqu'il est prévu par hypothèse leur transfert dans une ligne d'amortissement de la « dette sociale » (voir *infra*). Elles ne sont donc constituées en 2011 que du résultat de ce même exercice. Les légers déficits constitués entre 2011 et 2014 aboutissent à un déficit cumulé d'environ 1,6 Md Fcfp (13 M€) en 2014 pour l'ensemble assurance maladie / accidents du travail. Ce déficit n'abonde pas le stock de la « dette » dans l'exemple considéré, et appelle un financement dédié supplémentaire. Il illustre la nécessité, pour l'avenir, d'affecter de nouvelles recettes à l'assurance maladie, et de faire en particulier appel à la fiscalité.

### 3.2.1.4. Simulation de l'amortissement de la « dette sociale »

L'affectation d'une ressource équivalant à 10% de la CST à l'amortissement de la « dette » sociale permettrait d'amortir celle-ci d'ici 2020.

Tableau 30 : Simulation de l'amortissement de la « dette sociale » par affectation d'une ressource équivalant à 10% de la CST

En M Fcfp		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Dette originelle	AT	5842										
	AM	-15423										
	Total	-9581										
Amortissement			867	876	884	893	902	911	920	930	939	948
Dette résiduelle		-9581	-8714	-7838	-6954	-6061	-5158	-4247	-3327	-2397	-1458	-510

Source : Mission

### 3.2.2. Pour le RNS

Tableau 31 : Effets prévisionnels des réformes dans le scénario illustratif – RNS

En M Fcfp		Scénario 2011	Mesures de recettes	Gains	Mesures d'économies	Gains	Solde
Recettes	Cotisations	2434	Déplafonnement et taux à 9,44%	1567			4001
	Territoire	1597	Suppression	-1597			0
	Autres	85					85
	<b>Total</b>	<b>4116</b>					<b>4086</b>
Dépenses	Famille	300			Egalisation montants et quotient familial	-56	412
					Dégressivité	-56	
	Maladie	3316			Déremboursement du petit appareillage	50	2977
					Franchise sur les médicaments	33	
					Substitution des génériques	13	
					Ticket modérateur et baisse du prix de la santé	187	
			Forfait hospitalier 1000Fcfp + baisse DGF cliniques	56			
	FASS	50					50
Autres	450					450	
<b>Total</b>	<b>4116</b>		<b>-30</b>		<b>227</b>	<b>3889</b>	
<b>Résultat d'exploitation</b>		<b>0</b>					<b>197</b>

Source : Mission



Tableau 32 : Résultats prévisionnels du RNS dans le scénario illustratif

En M Fcfp		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	Cotisations	2284	2386	4001	4081	4162	4246
	Territoire	1218	1240	0	0	0	0
	Autres	85	70	85	85	85	85
	<b>Total</b>	<b>3587</b>	<b>3696</b>	<b>4086</b>	<b>4166</b>	<b>4247</b>	<b>4331</b>
Dépenses	Famille	296	362	412	412	412	412
	Maladie	2964	3028	2977	3243	3346	3451
	FASS	46	55	50	50	50	50
	Autres	377	456	450	450	450	450
	<b>Total</b>	<b>3683</b>	<b>3901</b>	<b>3889</b>	<b>4155</b>	<b>4258</b>	<b>4363</b>
<b>Résultat en M Fcfp</b>		<b>-96</b>	<b>-205</b>	<b>197</b>	<b>10</b>	<b>-10</b>	<b>-33</b>
<b>Résultat en M €</b>		<b>-0,8</b>	<b>-1,7</b>	<b>1,6</b>	<b>0,1</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>

Source : Mission

Les réformes préconisées auraient pour conséquence majeure la suppression de la subvention d'équilibre du Territoire, le régime étant équilibré par le jeu des seules cotisations des non salariés, et la solidarité à l'intérieur de cette catégorie.

### 3.2.3. Pour le RSPF

L'hypothèse principale est celle d'une hausse continue des taux de CST de 5% supplémentaires chaque année entre 2011 et 2014. Les taux seraient les suivants dans une telle hypothèse :

Tableau 33 : Taux de CST dans une hypothèse de hausse de 5% par an

Taux de CST par tranches		2010	2011	2012	2013	2014
Tranche 1	<150000	0,50%	0,53%	0,55%	0,58%	0,61%
Tranche 2	150000-350000	3%	3,15%	3,31%	3,47%	3,65%
Tranche 3	350000-700000	3,50%	3,68%	3,86%	4,05%	4,25%
Tranche 4	> 700000	5%	5,25%	5,51%	5,79%	6,08%

Source : Mission



Par ailleurs, les taxes affectées au RSPF étant réintégrées dans la simulation au budget du Territoire, les effets en 2011 seraient les suivants :

Tableau 34 : Effets prévisionnels des réformes dans le scénario illustratif – RSPF

En M Fcfp		Scénario 2011	Mesures de recettes	Gains	Mesures d'économies	Gains	Solde
Recettes	CST	8754	Augmentation de 10%	438			9191
	Fiscalité affectée	8479					0
	Territoire	9026	Subvention d'équilibre				16051
	Autres	50					50
	<b>Total</b>	<b>26309</b>					<b>25292</b>
Dépenses	Famille	2030					2030
	Maladie	12700			Déremboursement du petit appareillage	150	11684
					Franchise sur les médicaments	100	
					Substitution des génériques	38	
					Ticket modérateur et baisse du prix de la santé	561	
					Forfait hospitalier 1000 Fcfp + Baisse DGF des cliniques	168	
	Personnes âgées	4332					4332
	FAS	1799					1799
	Handicap	4428					4428
	RPSMR	220					220
Autres	800					800	
<b>Total</b>	<b>26309</b>					<b>25292</b>	
Résultat d'exploitation en M Fcfp		0		<b>438</b>		<b>1016</b>	0
Résultat d'exploitation en M €		0		<b>3,7</b>		<b>8,5</b>	0

Source : Mission



Dans l'hypothèse des réformes envisagées, c'est-à-dire l'application des mesures de limitation des dépenses d'assurance maladie au RSPF, la subvention d'équilibre 2011 du Pays serait limitée à 16 milliards Fcfp (134 M€), soit à l'équivalent de l'ensemble taxes affectées / subvention d'équilibre de 2010.

Tableau 35 : Résultats prévisionnels du RSPF dans le scénario illustratif

En M Fcfp		2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	CST	8800	8667	9191	9747	10337	10963
	Fiscalité affectée	4115	8395	0	0	0	0
	Territoire	10472	7685	16051	17169	17802	18449
	Autres	0	50	50	50	50	50
	<b>Total</b>	<b>23387</b>	<b>24797</b>	<b>25292</b>	<b>26966</b>	<b>28189</b>	<b>29462</b>
Dépenses	Famille	1966	2064	2030	2070	2112	2154
	Maladie	11306	11758	11684	12565	12957	13361
	Personnes âgées	3932	4247	4332	4678	5053	5457
	FAS	1272	1399	1799	1949	2099	2249
	Handicap	3962	4319	4428	4728	5028	5328
	RPSMR	263	210	220	176	141	113
	Autres	809	800	800	800	800	800
<b>Total</b>	<b>23510</b>	<b>24797</b>	<b>25292</b>	<b>26967</b>	<b>28189</b>	<b>29462</b>	
Résultat d'exploitation		-123	0	0	0	0	0

Source : Mission

L'application du scénario de réforme limite les effets de l'évolution des dépenses sur le montant de la subvention du Pays au RSPF, qui atteindra 18,4 milliards Fcfp (153 M€) en 2014 (contre 20,9 milliards Fcfp -174 M€- dans l'hypothèse d'une absence de réforme<sup>50</sup>).

Le scénario illustre une prise en charge répartie de ces nouvelles dépenses entre l'augmentation de la CST, pesant sur les ménages de manière progressive, et la subvention du Pays, elle-même alimentée par les ressources de ce dernier, provenant pour l'essentiel de taxes sur la consommation et sur les entreprises. La mise en place progressive d'une fiscalité sur le patrimoine permettra à terme de mieux répartir la charge de la solidarité sur les agents économiques.

Au total, dans l'exemple de réforme exposé, la contribution du Pays à la protection sociale s'élèverait de manière tendancielle dans les proportions suivantes :

Tableau 36 : Contribution du Pays à la protection sociale dans le scénario illustratif

	2011	2012	2013	2014
RGS	1200	1200	1200	1200
RNS	0	0	0	0
RSPF	16051	17169	17802	18449
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>17251</b>	<b>18369</b>	<b>19002</b>	<b>19649</b>
<b>Total en M€</b>	<b>144</b>	<b>153</b>	<b>158</b>	<b>164</b>

Source : Mission

La subvention totale du Pays à la PSG s'élèverait dans le scénario de réforme à 19,6 milliards Fcfp, soit 164 M€, au lieu de 24,6 milliards de Fcfp (205 M€) en l'absence de réforme<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> Pour l'ensemble taxes affectées + subventions d'équilibre



### **3.3. Construire une stratégie pluriannuelle de financement de la protection sociale, premières pistes**

Saisie dans le cadre d'une mission d'assistance d'urgence au Gouvernement de Polynésie française, la mission a également essayé d'identifier les marges de maintien de l'équilibre des finances sociales à moyen et long termes pour la Polynésie. Certaines propositions envisagées n'ont en effet pas été retenues faute de pouvoir être mises en œuvre rapidement, elles n'en demeurent pas moins utiles si les conditions de leur réalisation peuvent être réunies.

#### **3.3.1. Sur l'assurance maladie**

Le financement des établissements de santé, notamment le CHPF, après absorption du choc que constitue l'ouverture du nouvel hôpital pourrait être revu à la baisse sous réserve d'une connaissance approfondie de l'activité et de ses coûts et d'une réorganisation du travail dans l'établissement. La mission considère qu'à un horizon de deux à trois ans, soit à compter de 2012 ou 2013, la DGF de l'établissement pourrait être sensiblement réduite, à la condition expresse que la direction de l'établissement bénéficie du soutien sans faille du Territoire pour mener les réformes.

S'agissant des produits de santé, la mission recommande qu'à moyen terme, soit à compter de 2012, la Polynésie française puisse s'inspirer de la politique de remboursement des médicaments en fonction du service médical rendu. Cela suppose de pouvoir chiffrer les économies possibles, la CPS pourrait être chargée de cette mission. Cela impliquerait aussi parallèlement que la Polynésie française parvienne à attirer des assurances ou mutuelles complémentaires.

S'agissant du financement de l'assurance maladie, il est illusoire d'imaginer que la Polynésie française puisse s'épargner une augmentation régulière des taux de cotisation et de prélèvement.

#### **3.3.2. Sur la retraite**

Plus les ajustements sont tardifs, plus ils sont douloureux. Une stratégie d'adaptation des paramètres des retraites devrait être adoptée, afin d'examiner périodiquement les prévisions financières du régime, au vu de la démographie et des pratiques des assurés. Le vieillissement démographique impliquera d'adapter les paramètres des retraites, en allongeant la durée de cotisations et en retardant l'âge de départ.

Il conviendra en outre de mener une réflexion rapide sur l'avenir du système de retraites de la tranche B, dont l'équilibre de moyen terme n'est pas possible sans réforme structurelle. Le système dit des « points gratuits » est insoutenable, et devra être remis en cause, sur la base d'études complémentaires.

### **CONCLUSION : MENER UNE REFLEXION SUR LA GOUVERNANCE DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE**

Le rééquilibrage des comptes de la protection sociale polynésienne implique des efforts considérables, à mettre en œuvre à court terme, et devant être répartis sur l'ensemble des acteurs.

A plus long terme, la viabilité de la PSG suppose des réexamens périodiques des paramètres de la prise en charge des risques sociaux, ainsi qu'une réflexion continue sur les ressources à y affecter et le niveau de socialisation désiré.

Le cadre de la gouvernance de la PSG s'avère également perfectible, et appelle probablement des évolutions. L'ampleur des réformes à mener suppose que la CPS et le Territoire soient en phase.

---

□ Soit les subventions tendanciennes du Pays à l'ensemble de la PSG : 1900 M Fcfp au RGS, 1756 M Fcfp au RNS et 20.909 M€ au RSPF

L'autonomie de gestion dont dispose la CPS ne doit pas masquer la portée réelle des pouvoirs du Territoire de Polynésie française sur l'évolution stratégique de la protection sociale dans son ensemble (c'est-à-dire pour chacun des régimes) et dans toutes ses dimensions (financement, prestations etc.).

Or, le Territoire n'est pas aujourd'hui en situation d'exercer pleinement le pilotage politique et financier de la protection sociale : ni la direction de la santé (DS), ni la direction des affaires sociales (DAS), ni la délégation générale à la protection sociale (DGPS) ne sont en mesure de superviser efficacement les finances et le fonctionnement de la PSG. La réalité de l'exercice du pouvoir de tutelle relève des ministres et de leurs cabinets.

Or, le poids financier, social et la grande complexité des enjeux supposent un suivi technique régulier, permanent, des compétences approfondies sur la gestion de chacun des risques et sur la dynamique spécifique finances sociales.

Etant donné l'importance stratégique pour l'avenir de la PSG et pour l'équilibre des finances sociales d'une tutelle de qualité exercée par le Territoire, la mission suggère aux autorités polynésiennes d'examiner plusieurs pistes de réorganisation substantielle :

- ✚ La réunion en un seul portefeuille ministériel des affaires sociales et de la santé, en y adjoignant explicitement la protection sociale ;
- ✚ La réorganisation des directions concernées (DS, DAS et DGPS), en clarifiant leurs attributions vis-à-vis de la protection sociale, en les renforçant des effectifs provenant de démembrements à réintégrer dans leurs services (Délégation à la famille et à la condition féminine, Etablissement pour la prévention et Fare Tama Hau), et le cas échéant en les regroupant au sein d'une direction unique ;
- ✚ Le renforcement des contrôles externes réguliers sur la protection sociale, par l'Inspection générale de l'administration territoriale et, pour ce qui les concerne, par les juridictions financières ;
- ✚ La construction d'une démarche contractuelle pluriannuelle entre le Territoire et la CPS, permettant d'installer dans le temps la définition et la poursuite d'objectifs de gestion partagés, négociés et publics.

Enfin, la mission s'interroge sur la pertinence de maintenir trois régimes distincts au sein de la PSG. Leur coexistence génère des coûts de gestion supplémentaires pour la CPS. Elle est moins propice à l'exercice des solidarités à l'échelle de la Polynésie française.

Il serait possible d'imaginer une protection sociale généralisée structurée autour des grands risques, la maladie, la vieillesse, la famille et peut-être à bref horizon la perte d'emploi. Cette évolution considérable a été évoquée dans le cadre des débats menés en 2009 autour de la PSG 2. Ses implications dépassent de loin le cadre de la présente mission, mais elle conserve une réelle actualité, ainsi qu'une indéniable portée financière.

## **Annexe 23**

### **Le financement de la protection sociale**

<b>LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE .....</b>	<b>1</b>
1. LE NIVEAU DES RECETTES NE SUFFIT PAS A ASSURER LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE POLYNESIENNE .....	4
1.1. <i>Les recettes de la PSG sont affectées par la crise économique</i> .....	4
1.2. <i>Les recettes de la PSG sont également affectées par des modifications apportées à ses conditions de financement depuis 2005</i> .....	6
1.2.1. La réduction des taux de cotisation d'assurance maladie en 2006 a créé un manque à gagner important pour le RGS .....	6
1.2.2. La limitation puis la suppression du financement de l'Etat au RSPF est compensée par la fiscalité et les transferts du Pays .....	7
1.2.3. Les subventions du Pays sont un élément d'incertitude pour les trois régimes de protection sociale .....	8
1.3. <i>Les recettes ne couvrent plus les dépenses de protection sociale depuis 2008</i> .....	8
1.4. <i>Le déficit cumulé de l'assurance maladie est financé par les réserves des autres risques, particulièrement des retraites</i> .....	9
2. LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE EST PEU DYNAMIQUE ET ANTI REDISTRIBUTIVE .....	10
2.1. <i>La protection sociale est financée à plus de 70% par des cotisations</i> .....	10
2.2. <i>Les taux de cotisations sociales restent relativement peu élevés</i> .....	11
2.2.1. Les taux de cotisation polynésiens ont progressé depuis 2006 .....	11
2.2.2. Les taux de cotisations sont comparativement peu élevés .....	12
2.3. <i>Un système inéquitable</i> .....	14
2.3.1. Les plafonds ont des effets anti-redistributifs .....	14
2.3.2. Les agents de l'Etat et les non salariés sont soumis à de moindres prélèvements sociaux que les salariés assujettis au RGS .....	15
3. AMELIORER LE SYSTEME DE FINANCEMENT ACTUEL ET ENVISAGER SON ADAPTATION STRUCTURELLE .....	18
3.1. <i>Mettre fin à la question de la « dette » de l'assurance maladie</i> .....	18
3.2. <i>Rechercher un mode de financement assurant un meilleur niveau de redistribution</i> .....	20
3.2.1. Déplafonner les cotisations du RGS et du RNS .....	20
3.2.2. Réévaluer le taux de cotisation au RNS .....	23
3.2.3. Créer une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Etat .....	24
3.2.4. Augmenter la progressivité des prélèvements sociaux .....	25
3.3. <i>Envisager des mesures de « rendement »</i> .....	25
3.3.1. Pour le RGS .....	25
3.3.2. Pour le RSPF .....	26
3.4. <i>Rechercher une diversification du financement de la protection sociale</i> .....	27

Le financement des trois régimes de la protection sociale polynésienne est assis pour l'essentiel sur les revenus d'activité.

Tableau 1 : Répartition des recettes de la PSG en 2009

En M Fcfp	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	66893	95%	2284	64%			69177	71%
Territoire	1550	2%	1218	34%	10472	45%	13240	14%
Fiscalité affectée					4115	18%	4115	4%
CST					8800	38%	8800	9%
Autres	2048	3%	85	2%	21	0%	2154	2%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>70491</b>	<b>100%</b>	<b>3587</b>	<b>100%</b>	<b>23408</b>	<b>100%</b>	<b>97486</b>	<b>100%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>587</b>		<b>30</b>		<b>195</b>		<b>812</b>	

Source : Mission d'après les comptes de résultats

Les cotisations représentent près des ¾ de l'ensemble des financements. Assises sur « l'ensemble des sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail », elles constituent la recette essentielle du RGS. Elles sont payées par l'ensemble des employeurs de Polynésie, sauf l'Etat, dont les agents ne sont pas affiliés au RGS pour leur protection sociale. Les cotisations sont également la recette majoritaire du RNS. En ce qui concerne les indépendants, les cotisations sont assises sur les revenus nets non salariaux encaissés au cours de l'année précédente.

La deuxième source de financement provient des subventions du Pays (14%). Celles-ci sont motivées soit par les règles constitutives des régimes (RNS, RSPF), soit par la compensation de pertes de recettes liées à des décisions du gouvernement (RGS).

La contribution sociale territoriale (CST) est la troisième source de financement (9%). Son principe est l'universalité (elle est censée porter sur l'intégralité des revenus) et la progressivité. Elle est aujourd'hui affectée en totalité au RSPF, dont elle assure près de 40% des recettes. Elle se décompose en quatre contributions :

- ✚ La CST des salariés : cette contribution est prélevée à la source par l'employeur pour l'ensemble des salariés, y compris les agents de l'Etat. Les salariés à employeurs multiples sont tenus de faire une déclaration au service des contributions pour application du taux progressif<sup>1</sup>. Elle représente environ trois quarts du total du produit de la CST.
- ✚ La CST des non salariés : elle porte sur les recettes des personnes physiques et morales assujetties à l'impôt sur les transactions<sup>2</sup>. Elle représente 11% des produits.
- ✚ La CST des revenus de capitaux mobiliers, dont le taux est strictement proportionnel (5%). Elle représente 12% des produits.
- ✚ La CST agricole : elle est assise sur 80% des recettes brutes d'exploitation agricoles et son taux est progressif. Elle est résiduelle.

<sup>1</sup> 0,5% entre 0 et 150.000 Fcfp ; 3% entre 150.001 et 350.000 Fcfp ; 3,5% entre 350.001 et 700.000 Fcfp ; 5% au-delà de 700.000 Fcfp

<sup>2</sup> Prestataires de services et professions libérales : base imposable inférieure à 5MF : 0,5% ; 5 à 10MF : 1% ; 10 à 20MF : 1,25% ; 20 à 50MF : 1,5% ; 50 à 75MF : 2% ; Supérieur à 75MF : 2,5% / Commerçants : base imposable inférieure à 20MF : 0,25% ; 20 à 40MF : 0,5% ; 40 à 80MF : 0,625% ; 80 à 200MF : 0,75% ; 200 à 300MF : 1% ; Supérieur à 300MF : 1,5%

Le tableau qui suit reprend la répartition de la CST par nature de revenus taxés. Les totaux présentent des différences importantes avec le total des produits effectivement perçus par le RSPF. Ces écarts n'ont pu être expliqués par le service des contributions.

Tableau 2 : Répartition de la CST par origine des contributions

En millions Fcfp	2006	2007	2008	Répartition 2008
CST Salariés	5485	5965	6640	74%
CST Agricole	44	59	44	0%
CST Non salariés	994	1005	1009	11%
CST Revenus des capitaux mobiliers	867	1117	1079	12%
CST Multi revenus	137	167	170	2%
<b>Total en millions de Fcfp</b>	<b>7527</b>	<b>8313</b>	<b>8942</b>	<b>100%</b>
<b>Total en millions €</b>	<b>63</b>	<b>68</b>	<b>75</b>	

Source : Service des contributions

La fiscalité affectée est une recette résiduelle à l'échelle de la PSG (4%), mais occupe une place de plus en plus importante dans le financement du RSPF (18% en 2009).

Ces modalités de financement sont aujourd'hui insuffisantes pour couvrir les besoins. Elles se montrent en outre particulièrement anti-redistributives.

## 1. LE NIVEAU DES RECETTES NE SUFFIT PAS A ASSURER LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE POLYNESIENNE

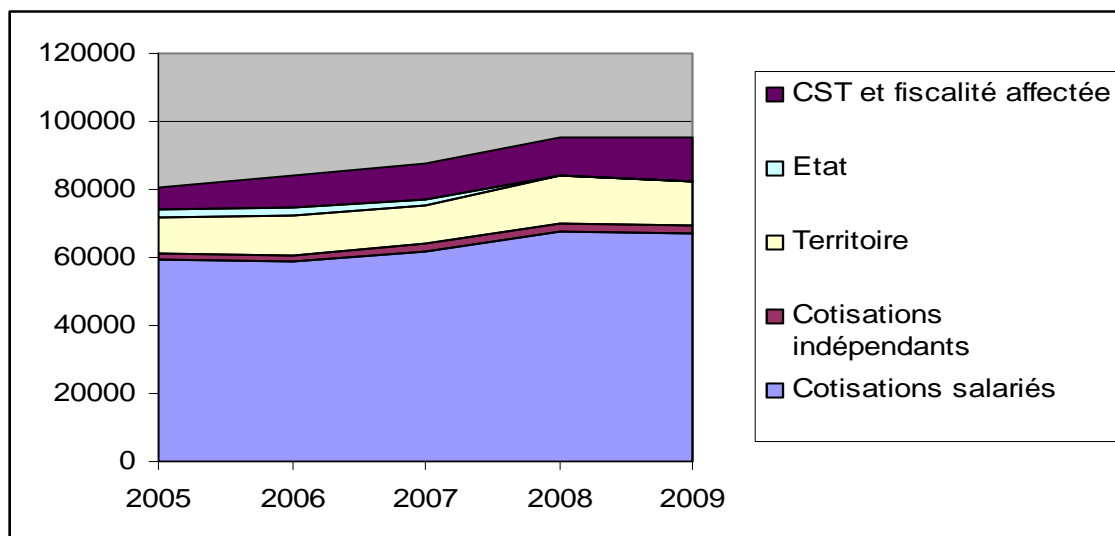
### 1.1. Les recettes de la PSG sont affectées par la crise économique

Tableau 3 : Evolution des recettes de la PSG

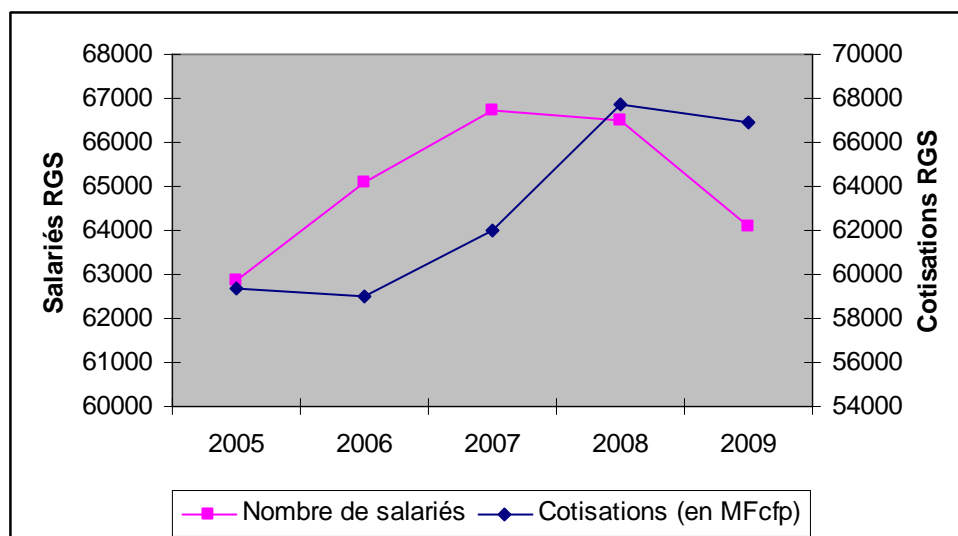
En millions Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2005/2009	Evolution Annuelle
Cotisations	61032	60800	63945	69971	69177	13%	3,3%
Territoire	11002	11276	11174	14083	13240	20%	5,1%
Etat	2361	2625	1909	0	0	-	
Fiscalité affectée	478	1630	2522	2518	4115	++	
CST	5916	7629	8207	8883	8800	49%	12,2%
Autres	2056	1957	1908	2094	2154	5%	1,2%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>82845</b>	<b>85917</b>	<b>89665</b>	<b>97549</b>	<b>97486</b>	<b>18%</b>	<b>4,4%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>690</b>	<b>716</b>	<b>747</b>	<b>813</b>	<b>812</b>		

Source : Mission d'après les comptes administratifs

Graphique 1 : Evolution des recettes de la PSG (2005-2009)



Graphique 2 : Salariés ressortissants du RGS (2001-2009)



Source : Mission, d'après données CPS

L'essentiel des ressources repose sur les cotisations sociales (71%), directement soumises aux variations du nombre de salariés affiliés au RGS.

Les recettes de la PSG augmentent régulièrement jusqu'en 2008, puis stagnent en 2009. Cette évolution ne doit pas masquer que ces recettes subissent les effets de la crise dès 2007. Elles subissent les effets de la stagnation, en 2008, puis du recul, en 2009, des effectifs salariés (graphique 1).

Le produit des cotisations augmente toutefois entre 2006 et 2008. La stagnation des effectifs salariés est alors compensée par l'augmentation du plafond des cotisations de maladie (de 750 K à 3 M Fcfa) ainsi que par une légère augmentation des taux famille, retraite et maladie (voir *infra*). Le reflux des cotisations n'est constaté qu'en 2009, le produit diminuant de 70 à 69,2Mds (-1,1%).

Le produit de la CST a augmenté de plus de 50% entre 2005 et 2008, alors que ses taux n'ont pas été réévalués. La CST est pour l'essentiel assise sur les salaires, mais sa base est plus large puisqu'elle intègre les fonctionnaires de l'Etat exerçant en Polynésie, à la différence des cotisations sociales, qui ne s'appliquent qu'aux affiliés au RGS. Le produit de la CST recule pour la première fois en 2009 (-0,9%).

## 1.2. Les recettes de la PSG sont également affectées par des modifications apportées à ses conditions de financement depuis 2005

### 1.2.1. La réduction des taux de cotisation d'assurance maladie en 2006 a créé un manque à gagner important pour le RGS

Fin 2005, l'accord tripartite *Te Autaaera* a prévu une profonde réforme de la PSG. Parmi les nombreuses mesures envisagées, la fiscalisation du « gros risque »<sup>3</sup> maladie devait conduire à une forte baisse des cotisations d'assurance maladie (de 17,73% à 14,52%), compensée par une hausse de la CST affectée à une nouvelle couverture maladie universelle (la CST sur les salariés devait voir son taux augmenter de 33,3% et son assiette s'élargir de 6%)<sup>4</sup>.

Les décisions finalement adoptées se sont limitées à la baisse des cotisations d'assurance maladie en 2006. Cette réduction des recettes du RGS n'a été que très peu compensée par le Pays (versement d'une subvention de 1,2Mds Fcfp limitée à l'exercice 2006).

La décision d'abaisser les taux maladie de 3 points en 2006 a conduit à une diminution du produit de l'assurance maladie du RGS de 3,5 Mds F cfp, abaissant les cotisations par salarié de 490 à 420 KFcfp. L'augmentation du plafond de cotisation de 750 KFcfp à 3 MFcfp, ainsi que la revalorisation du taux salarié de 0,52 point, a ramené ce rapport dans la norme de 2005 à compter de 2008. Dans l'intervalle, le déficit de l'assurance maladie s'est creusé.

La CPS a estimé dans son budget 2009 le manque à gagner cumulé lié à la décision de baisser les taux de cotisation maladie en 2006 à 22,3 Mds Fcfp (186 M€).

Tableau 4 : Moins value pour l'assurance maladie du RGS liée à la baisse des taux en 2006

En millions de F cfp	2006	2007	2008	2009	Manque à gagner cumulé
Cotisation avant la réforme <sup>5</sup>	33133	34622	37323	38292	
Cotisations réelles	27146	28400	31715	32624	
Moins value	5987	6222	5608	5668	
Compensation du Pays	1200				
<b>Moins value nette en M Fcfp</b>	<b>4787</b>	<b>6222</b>	<b>5608</b>	<b>5668</b>	<b>22285</b>
<b>Moins value nette en M€</b>	<b>40</b>	<b>52</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>186</b>

Source : CPS, budget 2009

<sup>3</sup> On entend par « gros risque » la prise en charge des dépenses hospitalières et la longue maladie

<sup>4</sup> Le taux salarié est passé de 5,84 à 4,84% tandis que le taux employeur diminuait de 11,89% à 9,68%. Les pertes de recettes correspondantes étaient estimées à 1200MFcfp, tandis que les recettes de CST supplémentaires atteignaient 2860MFcfp (hausse de 33,3% du taux de CST salariés, retraites, multi-revenus, indépendants et hausse forfaitaire du taux des revenus du patrimoine).

<sup>5</sup> C'est-à-dire avec un taux salariés et employeurs de 17,52%



Si le manque à gagner est certain pour la CPS, il convient toutefois d'indiquer qu'à compter de 2008, l'augmentation du plafond de cotisations d'assurance maladie, ainsi que la légère revalorisation du taux, a pour effet de limiter l'impact de la baisse des taux de 2006. En 2009, le montant de cotisation par salarié retrouve le niveau de 2005<sup>6</sup> mais dans l'intervalle, les dépenses de santé ont connu une croissance régulière, qui n'a pas été accompagnée d'une croissance régulière des recettes.

### 1.2.2. La limitation puis la suppression du financement de l'Etat au RSPF est compensée par la fiscalité et les transferts du Pays

Les transferts de l'Etat vers le RSPF ont cessé avec la convention « santé – solidarité » à compter de 2008.

Tableau 5 : Recettes du RSPF 2005-2009

En millions Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution
CST	5916	7629	8207	8883	8800	49%
Fiscalité affectée	478	1630	2522	2518	4115	++
Etat	2361	2625	1909			--
Territoire	9501	7637	8116	10838	10472	10%
Autres	102	124	15	183	21	-
<b>Total en MFcfp</b>	<b>18358</b>	<b>19645</b>	<b>20769</b>	<b>22422</b>	<b>23408</b>	<b>28%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>153</b>	<b>164</b>	<b>173</b>	<b>187</b>	<b>195</b>	

Source : Comptes de résultats RSPF

Dans un contexte de fort développement du RSPF<sup>7</sup>, les versements de l'Etat, qui s'élevaient à 2,6 Mds Fcfp en 2006, ont été contre balancés par le produit supplémentaire de CST (+1,2Md), de fiscalité affectée (+2,5 Mds) et de subventions du Pays (+2,8 Mds).

Tableau 6 : Recettes fiscales et CST affectées au RSPF

En millions de Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Evolution 2005/2009
CST	5916	7629	8207	8883	8800	+49%
Taxe de solidarité	478	470	511	488	485	+1%
Taxes tabacs et alcools		1160	2011	2030	3272	++
Taxe sur le sucre					358	++
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>6394</b>	<b>9259</b>	<b>10729</b>	<b>11401</b>	<b>12915</b>	<b>+102%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>53</b>	<b>77</b>	<b>89</b>	<b>95</b>	<b>108</b>	

Source : Mission d'après les comptes administratifs

Le produit des recettes fiscales et de la CST affectées au RSPF a doublé entre 2005 et 2009. Cette progression est liée à 45% à l'augmentation du produit de la CST, et à 55% à l'affectation successive de plusieurs taxes sur les tabacs et alcools et sur les produits sucrés au RSPF.

<sup>6</sup> Toutefois, le montant de cotisation par salarié aurait dû logiquement s'accroître au rythme de la masse salariale

<sup>7</sup> Les dépenses augmentent entre 2006 et 2009 de 3,7 Mds Fcfp, soit près de 20%

Ce mouvement d'affectation de recettes au régime de solidarité se poursuit en 2010, puisque le Pays a transféré une part bien plus considérable des taxes sur les produits sucrés. L'augmentation de cette part se traduit par une prévision budgétaire de 5500 M Fcfp, contre un produit de 358 M Fcfp en 2008 pour ces taxes dans un périmètre plus restreint. Cette nouvelle recette pour 2010 doit se substituer à une part des subventions du Territoire.

### 1.2.3. Les subventions du Pays sont un élément d'incertitude pour les trois régimes de protection sociale

Les subventions du Pays sont un objet persistant d'incertitude pour le financement de la protection sociale. Si la pratique pour le RNS et le RSPF est que le Pays compense l'insuffisance de ressources par une subvention d'équilibre, il n'en va pas de même pour le RGS.

Tableau 7 : Subventions du Territoire aux régimes de la PSG (2006-2009)

En millions Fcfp		2006	2007	2008	2009
RGS	Compensation Assurance maladie	1200			
	Compensation Famille		700	700	350
	Compensation ACR	900	900	1002	1200
	Total	2100	1600	1702	1550
RNS		1539	1458	1543	1218
RSPF		7637	8116	10838	10472
<b>Total en M Fcfp</b>		<b>11276</b>	<b>11174</b>	<b>14083</b>	<b>13240</b>
<b>Total en M€</b>		<b>94</b>	<b>93</b>	<b>117</b>	<b>110</b>

Source : Mission, d'après les comptes administratifs

Pendant la période 2006-2009, le Pays a participé au RGS sous la forme de subventions destinées à compenser des pertes de recette (baisse du taux de cotisation assurance maladie en 2007, famille entre 2006 et 2009) ou des charges supplémentaires (prise en charge des bénéficiaires de l'allocation complémentaire de retraite pour les salariés ayant cotisé moins de 15 ans). Ces engagements politiques sont marqués par une relative instabilité. Aucun exercice entre 2006 et 2009 n'a vu une distribution identique des compensations versées par le Territoire.

### 1.3. Les recettes ne couvrent plus les dépenses de protection sociale depuis 2008

Les recettes de la protection sociale ne couvrent plus ses dépenses depuis 2008, et le ratio de couverture des dépenses par les recettes se dégrade continuellement depuis 2007. Pour le seul RGS, il diminue de 106,5% en 2007 à 93,8% en 2010. Le budget prévisionnel 2010 prévoit un déficit de près de 4,9 Mds Fcfp (41 M€).

Tableau 8 : Résultats du RGS

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 BP
Recettes	60609	62299	69836	71203	71832	73749
Dépenses	57153	61602	65601	72427	74179	78642
Résultat	3456	697	4235	-1224	-2347	-4893
Couverture	106,0%	101,1%	106,5%	98,3%	96,8%	93,8%

Source : Mission, données budget RGS 2010 et comptes de résultats pour les exercices précédents

Le besoin de financement de la protection sociale va croissant, en particulier en ce qui concerne le risque maladie et les retraites.

Tableau 9 : Dépenses du RGS par risque 2005 à 2009

En Millions de Fcp	2005	2006	2007	2008	2009	Variation	En %
Famille	7298	7855	7928	7956	7769	471	6%
Retraite A + FSR	16509	18478	19775	24069	23976	<b>7467</b>	<b>45%</b>
Retraite B	2512	2805	3063	3525	3833	<b>1321</b>	<b>53%</b>
Maladie	29288	31089	33408	35353	37019	<b>7731</b>	<b>26%</b>
ATMP	1460	1307	1376	1482	1546	86	6%
AVTS	86	68	51	42	36	-50	-58%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>57153</b>	<b>61602</b>	<b>65601</b>	<b>72427</b>	<b>74179</b>	<b>17026</b>	<b>30%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>476</b>	<b>513</b>	<b>547</b>	<b>604</b>	<b>618</b>	<b>142</b>	

Source : Comptes de résultats du RGS

Entre 2005 et 2009, les dépenses du RGS augmentent de 30%. Parmi ces dernières, les dépenses de l'assurance maladie gagnent 26%, celles des retraites de la tranche A 45%. Au cours de la même période, les produits des cotisations sociales du RGS n'augmentent que de 13%.

Or, les besoins sociaux, en particulier ceux liés au vieillissement, sont appelés à s'accroître dans l'avenir. Il importe donc que la protection sociale puisse dégager des marges de manœuvre suffisantes pour faire face à ces besoins, en particulier en s'assurant de nouvelles recettes.

#### 1.4. *Le déficit cumulé de l'assurance maladie est financé par les réserves des autres risques, particulièrement des retraites*

Les réserves des retraites (tranche A et B) restent largement positives (respectivement 50 Mds et 10 Mds F cfp fin 2010 d'après les prévisions de la CPS) mais sont de fait utilisées pour permettre au RGS de faire face au déficit cumulé de la maladie (9,5 Mds Fcfp en 2009 et 15,4 Mds de Fcfp prévus à la fin de l'exercice 2010) sans avoir recours à l'emprunt.

Le régime des salariés est unique, et dispose d'un fonds de roulement partagé entre les différents risques (maladie, retraites, famille, etc.). Le fait que la maladie ne soit pas à l'équilibre suppose que les autres risques du RGS supportent le poids du déficit. Parmi ces risques excédentaires figurent en premier lieu les retraites, qui présentent un excédent prévisionnel 2010 de 50 Mds pour la tranche A<sup>8</sup> et de 10 Mds Fcfp pour la tranche B.

Il faut noter toutefois que les réserves constituées pour les autres risques excédentaires permettent également de prendre en charge le déficit cumulé de l'assurance maladie. Par exemple, la branche ATMP, dont le niveau d'excédent n'est probablement pas sans lien avec le niveau de déficit de la branche maladie, participe également à ce financement<sup>9</sup>. Ainsi, en compensant le déficit de la maladie par une partie de l'excédent de la branche ATMP (5,8Mds Fcfp), la problématique de la « dette » de l'assurance maladie s'échelonne entre 10 et 15 Mds Fcfp.

Il n'existe donc pas à proprement parler de « dette » de l'assurance maladie à l'égard des retraites, mais une mutualisation de la trésorerie au sein du RGS.

Deux remarques s'imposent à ce stade :

<sup>8</sup> Intégrant le déficit cumulé du FSR, confondu juridiquement avec la tranche A

<sup>9</sup> La sous déclaration des accidents du travail a toujours pour effet de reporter la charge de ces derniers sur l'assurance maladie

- ✚ La constitution de déficits structurels devant être pris en charge par la trésorerie constituée pour les retraites fragilise le système de pensions du RGS. La question du comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie est devenue un sujet essentiel du débat public polynésien ;
- ✚ Néanmoins, un éventuel comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie n'apporterait qu'une réponse très partielle à la problématique de l'insuffisance des réserves du système de retraites. Le déficit prévisionnel cumulé de l'assurance maladie (15,4 Mds Fcfp) ne représente que l'équivalent de 20% de l'insuffisance de réserves des tranches A et B, et 15% si l'on retient un déficit cumulé assurance maladie / ATMP de 9,6 Mds Fcfp<sup>10</sup>.

## 2. LA STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE EST PEU DYNAMIQUE ET ANTI REDISTRIBUTIVE

### 2.1. La protection sociale est financée à plus de 70% par des cotisations

Les cotisations représentent environ 70% des recettes.

Tableau 10 : Répartition des recettes de la PSG en 2009

En millions Fcfp	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	66893	95%	2284	64%			69177	71%
Territoire	1550	2%	1218	34%	10472	45%	13240	14%
Etat							0	
Fiscalité affectée					4115	18%	4115	4%
CST					8800	38%	8800	9%
Autres	2048	3%	85	2%	21	0%	2154	2%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>70491</b>	<b>100%</b>	<b>3587</b>	<b>100%</b>	<b>23408</b>	<b>100%</b>	<b>97486</b>	<b>100%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>587</b>		<b>30</b>		<b>195</b>		<b>812</b>	

Source : Mission d'après les comptes de résultats

Cette répartition a connu une inflexion si l'on considère la période récente. La part des cotisations a légèrement reflué de 74% à 71% entre 2005 et 2009.

Tableau 11 : Répartition des recettes de la PSG en 2005

En millions Fcfp	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	59384	97%	1648	51%			61032	74%
Territoire			1501	47%	9501	52%	11002	13%
Etat					2361		2361	3%
Fiscalité affectée					478	3%	478	1%
CST					5916	32%	5916	7%
Autres	1880	3%	74	2%	102	1%	2056	2%
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>61264</b>	<b>100%</b>	<b>3223</b>	<b>100%</b>	<b>18358</b>	<b>87%</b>	<b>82845</b>	<b>100%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>511</b>		<b>27</b>		<b>153</b>		<b>690</b>	

Source : Mission d'après les comptes de résultats

La part des cotisations sociales recule au profit de la CST (respectivement -3 points et +2 points), essentiellement assise sur les salaires.

<sup>10</sup> Soit 15,4 – 5,8 Mds Fcfp

## 2.2. Les taux de cotisations sociales restent relativement peu élevés

### 2.2.1. Les taux de cotisation polynésiens ont progressé depuis 2006

Les taux et plafonds applicables depuis 2005 aux cotisations sociales sont les suivants.

Tableau 12 : Taux et plafonds de cotisations de PSG (2005-2010)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	
RGS	Prestations familiales <sup>11</sup>	Taux sect. priv.	2,53% à 6,08% <sup>12</sup>	3%	3,00%	3,30%	3,80%	3,50%
		Taux sect. pub.	6,95%	6%	4,50%	4,50%	5,10%	4,80%
		Plafond	210000	750000				
	Accidents du travail	Taux	Variables	0,90%			0,25%	0,54%
		Plafond	195000	750000				
	Fonds social des retraites	Taux	0,18%					
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	FSR exceptionnel	Taux	1%					
		Plancher	100000					
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	Retraite tranche A	Taux	11,34%	12,00%	12,66%	13,56%	13,95%	14,46%
		Plafond	237000	240000	243000	246000		
	Retraite tranche B	Taux	9,99%	11,37%	12,36%	13,05%		13,74%
		Plancher	237000	240000	243000	246000		
		Plafond	474000	480000	486000	492000		
Assurance maladie	Taux	17,73%	14,52%		15,06%			
	Plafond	750000			3000000			
Formation prof. Continue	Taux					0,30%	0,50%	
	Plafond						3000000	
RNS	Taux	7,50%						
	Plafond	750000			1000000			

Source : Mission

L'ensemble des cotisations sont plafonnées, mais le niveau des plafonds apparaît très disparate : 3 M Fcfp pour les cotisations maladie, 750.000 Fcfp pour les cotisations famille, accident du travail, fonds social des retraites, 1 M Fcfp pour les cotisations au RNS. Les cotisations de retraite sont également plafonnées, mais les prestations le sont aux mêmes niveaux.

Après la forte diminution des taux entre 2005 et 2006 liée aux accords *Te Autaeaera'a*, les taux de cotisations et contributions sur les salaires ont légèrement progressé entre 2006 et 2010, passant globalement de 33,08% à 35,24%.

<sup>11</sup> De 2006 à 2010, les secteurs « écoles, cantines et associations diverses à but non lucratif », « agriculture-aquaculture » et « gens de maison » se voient appliquer un taux nul de cotisations familiales

<sup>12</sup> Selon les secteurs d'activité

## 2.2.2. Les taux de cotisations sont comparativement peu élevés

Tableau 13 : Polynésie française – taux de cotisations et contributions sociales sous plafond<sup>13</sup> (2010)

		Part patronale	Part salarié	Total
PF	Privé	3,50%		3,50%
	Public	4,80%		4,80%
AT		0,54%		0,54%
AM		10,04%	5,02%	15,06%
Retraite A		9,64%	4,82%	14,46%
FSR	Classique	0,12%	0,06%	0,18%
	Exceptionnel	1%		1,00%
Formation professionnelle		0,5%		0,50%
CST <sup>14</sup>			1,48%	1,48%
<b>Total salarié du privé sous plafond<sup>15</sup></b>		<b>25,34%</b>	<b>11,38%</b>	<b>36,72%</b>

Source : Mission

Le taux moyen de cotisation d'un salarié au plafond de 246.000 Fcfp est de 36,72%, répartis entre une part patronale de 25,34% et une part salariée de 11,38%. Les conséquences économiques réelles de l'existence d'une part patronale et d'une part salariée sont difficiles à évaluer, les cotisations quel que soit leur statut étant intégrées dans les négociations salariales et constituant toujours tant une charge pour l'employeur qu'un manque à gagner pour le salarié.

Par comparaison avec les taux de cotisations de Nouvelle Calédonie et en métropole, les taux polynésiens sont relativement bas.

Tableau 14 : Nouvelle Calédonie – taux de cotisations sous plafond<sup>16</sup> (taux au 1<sup>er</sup> janvier 2010)

		Part employeur	Part salarié	Total
CAFAT	AM	11,3%	3,85%	15,15%
	AT	2,88%		2,88%
	PF	6,14%		6,14%
	Retraite	9,8%	4,2%	14%
	Chômage	1,52%	0,34%	1,86%
	Formation professionnelle	0,25%		0,25%
	Fonds social habitat	2%		2%
Hors CAFAT	Formation professionnelle continue	0,7%		0,7%
	Contribution exceptionnelle de solidarité		0,75%	0,75%
	Retraite complémentaire	4,5%	3%	7,5%
	AGFF	1,2%	0,8%	2%
Total		40,29%	12,94%	53,23%
<b>Total sous plafond</b>		<b>40,29%</b>	<b>12,19%</b>	<b>52,48%</b>

Source : Mission d'après données disponibles sur Internet

<sup>13</sup> Soit 246.000 F cfp

<sup>14</sup> Taux moyen pour un salaire mensuel de 246.000Fcfp

<sup>15</sup> Il s'agit du taux marginal de cotisation d'un salarié du secteur privé pour un salaire situé entre 100.000 et 246.000 Fcfp

<sup>16</sup> Le plafond retenu est le plafond FSH de 276.700Fcfp

Les taux calédoniens sous plafond s'élèvent au total à 52,48%, décomposés entre des taux employeur de 40,49% et des taux salariés de 12,19%.

Tableau 15 : France métropolitaine – taux de cotisations et de contributions sociales sous plafond<sup>17</sup>

		Part employeur	Part salarié	Total
Sécurité sociale	ATMP <sup>18</sup>	2,28%		2,28%
	Maladie	12,80%	0,75%	13,55%
	Famille	5,40%		5,40%
	Vieillesse déplafonnée	1,60%	0,10%	1,70%
	Vieillesse plafonnée	8,30%	6,65%	14,95%
	CSG/CRDS		7,76%	7,76%
	<i>Total</i>	30,38%	15,26%	45,64%
Autres organismes	Retraite complémentaire (non cadre)	4,50%	3,00%	7,50%
	AGFF	1,20%	0,80%	2,00%
	Assurance chômage	4,00%	2,40%	6,40%
	AGS	0,40%		0,40%
	CSA	0,30%		0,30%
	CFP > 20 salariés	1,60%		1,60%
	TA	0,50%		0,50%
	Contribution additionnelle TA	0,18%		0,18%
	PEEC	0,45%		0,45%
	VT (hypothèse)	1,00%		1,00%
	FNAL	0,10%		0,10%
	Contribution sup. FNAL	0,40%		0,40%
	<i>Total</i>	14,63%	6,20%	20,83%
<b>Total</b>	<b>45,01%</b>	<b>21,46%</b>	<b>66,47%</b>	

Source : Mission

Les taux métropolitains sous plafonds s'élèvent quant à eux à 66,47%, répartis entre une part employeur de 45,01% et une part salarié de 21,46%.

La comparaison des trois régimes de taux applicables doit évidemment être considérée avec prudence. Les plafonds de cotisations ne sont pas identiques. Par exemple, en Polynésie française, les plafonds sont variables selon les risques couverts, et s'étagent de 346.000 Fcfp (2883 €) à 3 M Fcfp (25.000 €) pour la maladie et la formation professionnelle. En Nouvelle Calédonie, les plafonds de cotisations sont généralement fixés à 327.700 Fcfp (2731 €). En métropole, les cotisations sont déplafonnées, à de rares exceptions près (retraites et assurance chômage).

Par ailleurs, les prestations financées ne sont pas identiques, y compris lorsque les risques couverts sont les mêmes, et les modalités de financement résultent d'arbitrages différents entre cotisations et fiscalité par exemple.

Surtout, les risques couverts par ces régimes de cotisations ne présentent pas le même périmètre. Par exemple, en Polynésie française, le risque chômage n'est pas intégré dans les taux de cotisations, alors qu'il l'est en Nouvelle Calédonie et en métropole. De même, le logement n'est pas financé par des cotisations dédiées en Polynésie française, contrairement aux deux autres systèmes.

Il est dès lors intéressant de comparer les taux applicables aux mêmes risques.

<sup>17</sup> Il s'agit du plafond de la sécurité sociale, soit 2885€ mensuels (346.200 Fcfp)

<sup>18</sup> Taux moyen

Tableau 16 : Comparaison des taux de cotisations et contributions ayant le même objet

	Polynésie française	Nouvelle Calédonie	France métropolitaine
AM	15,06	15,15	13,55
PF	3,5	6,14	5,4
AT (taux moyen)	0,54	2,88	2,28
CSG-CRDS / CST	1,48		7,76 <sup>19</sup>
Retraite	15,64	21,5	24,15
Formation professionnelle	0,5	0,95	1,6
<b>Total</b>	<b>36,72</b>	<b>46,62</b>	<b>54,74</b>

Source : Mission

Si l'on se limite aux cotisations et contributions ayant le même objet, la situation de la Polynésie française reste la même. Les taux apparaissent plus bas qu'en Nouvelle Calédonie ou en métropole<sup>20</sup>.

Si ces rapprochements doivent être considérés avec prudence, il est établi que les prélèvements sociaux pesant sur la masse salariale sous plafond apparaissent globalement plus faibles en Polynésie française qu'en Nouvelle Calédonie ou en métropole.

### 2.3. Un système inéquitable

#### 2.3.1. Les plafonds ont des effets anti-redistributifs

Le dispositif actuel est marqué par le plafonnement de toutes les cotisations.

Un plafonnement de cotisations peut être justifié pour les dispositifs contributifs, comme en matière de retraites, où les prestations sont elles mêmes déterminées en fonction du plafond de cotisations. En revanche, aucune justification n'existe en matière de prestations non contributives, comme la maladie ou les prestations familiales.

Le plafonnement généralisé crée un système de prélèvements sociaux dégressif, non compensé par ailleurs par l'existence d'un impôt sur le revenu. La création de la CST a permis d'atténuer cette dégressivité sans toutefois la supprimer pour les plus hauts niveaux de revenus (1,5 à 2,5 MFcfp).

Tableau 17 : Taux moyens de prélèvements sociaux salariés du privé

Salaire brut en KFcfp	Cotisations sociales	Cotisations + CST
< 150	34,57%	35,07%
240	34,82%	36,26%
400	34,64%	36,76%
700	34,51%	37,22%
1500	22,38%	35,07%
2500	19,65%	23,91%

Source : Mission

<sup>19</sup> La CSG finance majoritairement l'assurance maladie en France métropolitaine (5,29% sur le total de 7,5% appliqué à 97% de l'assiette salariale)

<sup>20</sup> Pour autant, et même si cette comparaison est plus fiable que si l'on retient l'ensemble des taux appliqués à la masse salariale, les comparaisons sont à prendre avec prudence dès lors que les assiettes, les plafonds et les prestations financées ne sont pas rigoureusement identiques.



Tableau 18 : Taux moyens de prélèvements sociaux salariés du secteur public territorial

Salaire brut en KF cfp	Cotisations	Cotisations + CST
240	36,12%	37,56%
400	35,94%	38,06%
700	35,81%	38,52%
1500	23,03%	26,96%

Source : Mission

Les différences constatées entre les taux moyens de prélèvement des salariés du secteur privé et du secteur public territorial sont liés aux taux de cotisation famille différenciés.

Tableau 19 : Taux moyens de prélèvements sociaux pour un non salarié

Revenu non salarial net	Cotisations sociales	Cotisations + CST
< 150 KFcfp	7,50%	8,00%
240	7,50%	8,94%
400	7,50%	9,63%
700	7,50%	10,21%
1500	5,00%	8,93%
2500	3,00%	7,36%

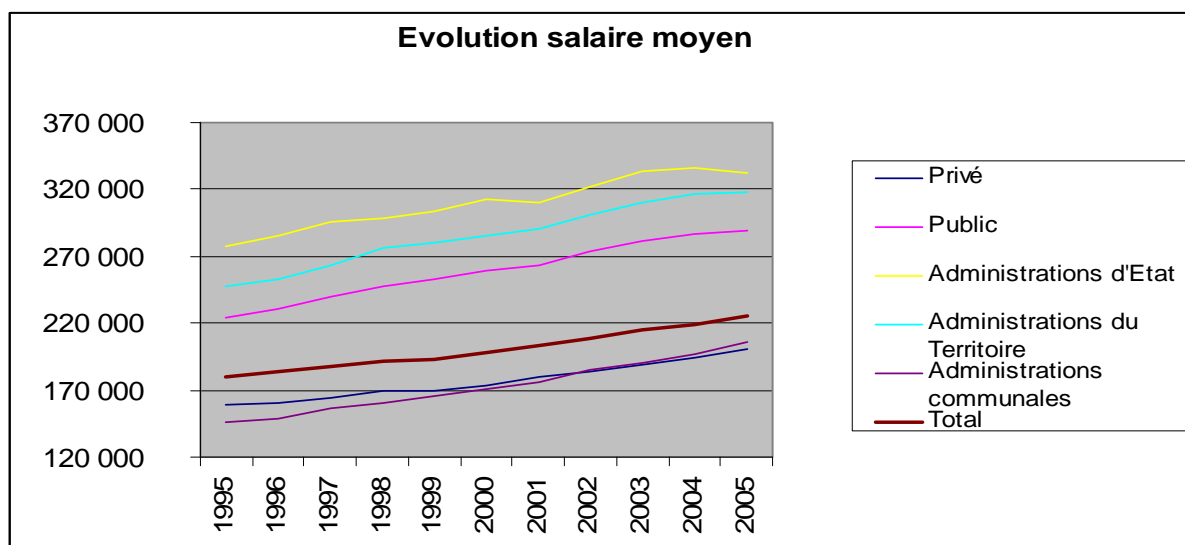
Source : Mission.

A l'intérieur de la catégorie des salariés comme à l'intérieur de la catégorie des non salariés, le système de plafonnement engendre la dégressivité des cotisations sociales. La création de la CST a permis d'atténuer cette dégressivité sans toutefois la supprimer pour les plus hauts niveaux de revenus (au-delà de 750KFcfp pour les salariés, au-delà de 1MFcfp pour les non salariés).

### **2.3.2. Les agents de l'Etat et les non salariés sont soumis à de moindres prélèvements sociaux que les salariés assujettis au RGS**

#### **2.3.2.1. Les agents publics bénéficient de rémunérations globalement plus élevées que le reste de la population**

D'une manière générale, il apparaît que les agents publics ont un niveau de rémunérations supérieur à celui de l'ensemble de la population polynésienne. Ces différences sont plus accentuées en ce qui concerne les fonctionnaires de l'Etat. Les sursalaires appliqués dans le secteur public polynésien sont à l'origine de différences dans le revenu disponible. Les données transmises par l'ISPF montrent que cet écart ne s'est pas réduit entre 1995 et 2005.



Source : ISPF

En 2005, les rémunérations versées par l'Etat étaient les plus élevées. Les salaires des fonctionnaires de l'administration polynésienne se situaient juste en dessous avec un écart de 5 % en 2005 (11% en 1995).

En revanche, l'écart entre le salaire moyen du secteur public et celui du secteur privé s'est accru entre 1995 et 2005. Il était de 29,5 % en 1995 et de 30,5 % en 2005 ; cela malgré les évolutions de statuts de l'administration visant à réduire les écarts avec le secteur privé, et malgré les hausses du SMIG.

#### 2.3.2.2. Les agents de l'Etat se voient appliquer des taux de cotisation maladie inférieurs à ceux qui s'appliquent aux salariés assujettis au RGS

Le système de prélèvements sociaux présente des différences selon les agents publics considérés. Les agents du Territoire ou des communes sont affiliés au RGS, et se voient appliquer les cotisations et prestations correspondantes.

La situation des fonctionnaires de l'Etat est tout autre. En effet, ces derniers ne sont pas affiliés à la protection sociale généralisée. Les prestations dont bénéficient les agents de l'Etat (pensions, allocations familiales, etc.) sont généralement identiques à celles de la métropole.

Seules les prestations maladies sont conformes aux conditions polynésiennes, à l'exception des indemnités journalières remplacées par une prise en charge par l'Etat employeur sur une base identique à celle de la métropole. Les fonctionnaires de l'Etat sont en effet soumis au ticket modérateur dans les mêmes conditions que les salariés assujettis au RGS. Les prestations étant identiques, il est logique de comparer les cotisations des fonctionnaires de l'Etat avec celles des autres salariés travaillant en Polynésie française.

Les cotisations des fonctionnaires de l'Etat s'élèvent au taux global de 14,45%. Ce taux porte sur le seul traitement indiciaire, à l'exclusion des primes et du coefficient de majoration de 1,84. Rapporté à une rémunération comprenant le seul traitement indiciaire majoré du coefficient de 1,84, et sans tenir compte de l'existence de primes ou d'un régime indemnitaire, le taux moyen de cotisation s'élève en réalité à 7,85%, soit un total représentant environ la moitié du taux de cotisation des salariés assujettis au RGS (15,06%).

Tableau 20 : Taux de cotisation maladie des fonctionnaires de l'Etat en Polynésie française

	Taux			Assiette	Taux moyen hors primes		
	Part employeur	Part salarié	Total		Total	dont part employeur	dont part salarié
Maladie	9,70%	4,75%	14,45%	Traitement indiciaire sans les primes ni le coefficient de majoration	7,85%	5,27%	2,58%

Source : Mission

En ventilant le taux moyen hors primes obtenu entre parts patronale et salariale, on obtient deux taux de 5,27% et 2,58%. Si l'on compare la seule part salariée avec celle qui prévaut au sein du RGS, on constate une différence de 2,44 points (2,58% contre 5,02%).

Si l'on compare ce niveau de cotisation à celui de la métropole, les écarts sont également importants, puisque la maladie est largement financée par la CSG en métropole (36% du total des ressources de l'assurance maladie), et qu'il n'existe pas d'équivalent en Polynésie, où la CST finance le seul RSPF avec des taux très inférieurs<sup>21</sup>.

#### 2.3.2.3. Les non salariés sont soumis à un moindre taux de prélèvement social que les salariés

Les prestations dont bénéficient les indépendants en Polynésie sont différentes de celles dont bénéficient les salariés, à l'exception des prestations en nature d'assurance maladie. Or, les conditions de prélèvement applicables aux non salariés sont bien plus favorables à ces derniers<sup>22</sup> : le revenu non salarial se voit appliquer un taux de 7,50% avec un plafond de 1MFcfp pour la couverture des risques du RNS<sup>23</sup>, alors que les salariés du secteur privé se voient appliquer un taux de 15,06% pour la maladie avec un plafond de 3MFcfp et de 3,50% avec un plafond de 750KFcfp pour la famille.

Le fait que les cotisations sur les salaires distinguent une part employeur et une part salarié ayant un impact incertain sur le plan économique, la mission considère que c'est bien avec la totalité du taux maladie des salariés (15,06%) que le taux de cotisation des non salariés doit être comparé.

En revanche, le système de prestations en espèces apparaît différent entre salariés et non salariés. Mais les indemnités journalières ne représentent que 7% du total des prestations d'assurance maladie dans le régime des salariés et 2% dans le RNS. En tenant compte de ces différences pour la comparaison des taux applicables, on aurait respectivement un taux de 14% côté RGS et de 7,35% côté RNS.

Du point de vue des droits ouverts, il pourrait être objecté à la comparaison que les indépendants polynésiens consomment moins de prestations maladie que les salariés. En effet, les consommations des indépendants représentent environ la moitié de celles des salariés (110.000 Fcfp contre 230.000 Fcfp).

<sup>21</sup> Ainsi, au niveau du plafond de 246.000 F cfp, le taux moyen de CST est de 1,48% en Polynésie, alors que le taux de CSG-CRDS s'élève à 7,76%.

<sup>22</sup> La comparaison n'inclut toutefois pas l'impact de la CST, qui s'applique sur le chiffre d'affaires pour les indépendants, tandis que les cotisations sociales s'appliquent sur les recettes non salariales nettes de charges d'exploitation, notion plus proche de ce qu'est le salaire des salariés

<sup>23</sup> Maladie et famille

Tableau 21 : Comparaison des prestations d'assurance maladie « consommées » par les salariés et les non salariés (2009- estimations)

En M Fcfp	Dépenses assurance maladie	Nombre de ressortissants	Dépense par ressortissant
RGS	37019	157605	0,23
RNS	2963	26883	0,11

Source : Mission

Toutefois, à supposer qu'une moindre consommation de soins puisse justifier une moindre cotisation, il convient de s'interroger sur la portée d'une telle justification, qui induit une segmentation des populations selon les niveaux de risques. Or, toute la construction d'un système d'assurance maladie obligatoire repose en effet sur le principe d'une solidarité entre malades et bien portants à l'exclusion de toute tarification fondée sur la situation personnelle ou sur la « propension à consommer des soins ».

On pourrait certes objecter que la solidarité constitutive de la sécurité sociale ne s'entend qu'à l'intérieur des groupes sociaux que constituent les régimes professionnels. Ce n'est toutefois pas le cas, du fait des transferts du Territoire vers le RNS, qui représentent environ 40% de ses recettes. Dès lors que le RNS n'est pas financièrement autonome et n'est pas en mesure de couvrir ses dépenses de soins par ses cotisations en raison de leur faible niveau, le faible taux de cotisations ne peut être considéré comme la contrepartie du faible niveau de dépenses du régime.

### 3. AMELIORER LE SYSTEME DE FINANCEMENT ACTUEL ET ENVISAGER SON ADAPTATION STRUCTURELLE

L'amélioration du système de financement de la protection sociale polynésienne suppose de mettre fin à la question de la « dette » de l'assurance maladie. A cet égard, la mission propose de consacrer une ressource spécifique au remboursement de celle-ci, isolée dans au sein des comptes du RGS.

Les préconisations portant sur le financement de la protection sociale visent en premier lieu à diminuer son caractère dégressif. Le niveau des inégalités est élevé en Polynésie, et la recherche d'un meilleur niveau de redistribution est un objectif en soi. Les mesures à mettre en œuvre pour y parvenir sont également susceptibles de générer des recettes complémentaires. Si ces mesures s'avèrent insuffisantes pour équilibrer la protection sociale, des mesures dites de « rendement », consistant à augmenter les taux des prélèvements sociaux en vigueur, pourront être utilement actionnées. Enfin, il importe d'engager une réflexion de plus long terme sur la diversification des sources de financement de la protection sociale, dont les dépenses sont appelées à s'accroître dans l'avenir.

La mise en place de ces prélèvements supplémentaires suppose de maintenir voire d'améliorer les conditions de recouvrement des cotisations sociales par la CPS. A cet égard, la mission souscrit aux recommandations formulées par dans le rapport d'observations définitives de la Cour des comptes.

#### 3.1. Mettre fin à la question de la « dette » de l'assurance maladie

S'il n'existe pas à proprement parler de « dette » de l'assurance maladie vis-à-vis du système de retraites, le déficit cumulé du risque maladie pèse sur les réserves des retraites et *in fine* sur l'horizon de viabilité du régime.

Outre la résorption du déficit structurel de la maladie, il importe d'apporter une réponse spécifique à la question du déficit cumulé de 15,4 Mds Fcfp (128 M€) prévu pour 2010.

Cette question a fait l'objet d'un des points du protocole de fin de conflit du 14 juin 2010. Le texte prévoit que le gouvernement de Polynésie « soumettra (...) à l'Assemblée de Polynésie française, dans le courant du deuxième semestre 2010, un projet de loi de Pays, pour la prise en charge de la dette prévisionnelle afin de rembourser les avances faites par la caisse de retraite ». Par ailleurs, « Le gouvernement s'engage à ce que les partenaires sociaux et économiques participent de manière équitable au remboursement de la dette sociale en fonction de leurs facultés respectives, en préservant les revenus des plus modestes ».

Il appartient évidemment au gouvernement de Polynésie de déterminer les modalités de mise en œuvre de cet engagement.

Une première piste évoquée par les interlocuteurs de la mission consiste à demander l'appui de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), compétente en métropole pour la gestion de la dette de la sécurité sociale. Une telle intervention nécessiterait une loi modifiant les statuts de la CADES, afin de lui permettre d'intervenir dans le périmètre polynésien. Le principe d'une telle loi n'a pour l'heure pas été décidé.

Une deuxième option consisterait à emprunter la somme correspondant à la « dette » de l'assurance maladie auprès d'une banque.

Ces deux solutions nécessiteraient de mettre en place un prélèvement afin de rembourser les annuités de l'emprunt (capital et intérêts), que celui soit contracté auprès de la CADES ou d'une banque.

Or, le RGS dispose des fonds nécessaires pour financer, à titre transitoire, le déficit cumulé de l'assurance maladie, sans avoir à déboursier de somme correspondant au paiement d'un taux d'intérêt à un organisme externe.

C'est pourquoi la mission ne recommande pas de souscrire un tel emprunt. Un financement direct de la « dette » de l'assurance maladie par l'affectation d'une recette fiscale est préférable.

Cette recette nouvelle devrait être affectée à un fonds d'amortissement de la dette de l'assurance maladie, établi de manière visible dans les comptes du RGS. Ce fonds présenterait en bilan d'ouverture une dette correspondant au déficit cumulé de l'assurance maladie, diminué de tout ou partie de l'excédent cumulé de la branche ATMP (soit entre 10 et 15MdsFcfp).

La mission recommande d'affecter une ressource fiscale à ce fonds, destiné au comblement du déficit cumulé de l'assurance maladie. Une telle solution permettrait d'afficher de manière claire la destination de ce prélèvement, à instituer par une loi de Pays. Elle permettrait en outre d'éviter d'avoir recours à un emprunt bancaire, et de supprimer la charge représentée par le versement d'intérêts.

### **Recommandation n°1 : Affecter à un fonds identifié dans les comptes du RGS une ressource fiscale au remboursement de la « dette » de l'assurance maladie**

La ressource pourrait avoir des modalités diverses. La création d'une contribution de remboursement de la dette de l'assurance maladie calquée sur l'assiette et les règles de la CST pourrait permettre de répondre à l'objectif d'équité visé par le protocole du 14 juin 2010. En effet, le caractère progressif de cette contribution implique un moindre effort des revenus les plus modestes.

A titre d'exemple, la mise en place d'une contribution de remboursement de la dette sociale équivalant à 10% des taux applicables à chacune des tranches de CST permettrait d'amortir la dette. Ainsi, les taux applicables à cette contribution seraient de 0,05% en-dessous de 150.000 Fcfp, de 0,30% jusqu'à 350.000 Fcfp, de 0,35% jusqu'à 700.000 Fcfp et de 0,50% au-delà.

En appliquant le même ratio aux taux applicables aux autres salariés concernés par la CST (fonctionnaires de l'Etat) et aux autres « branches » de la CST (non salariés, revenus agricoles, revenus des capitaux mobiliers), le produit devrait également représenter l'équivalent de 10% de la CST, soit environ 870 MFcfp<sup>24</sup> (7,3 M€), permettant un amortissement de la « dette » de 10 à 15 Mds F cfp en moins de quinze ans<sup>25</sup>.

### **3.2. *Rechercher un mode de financement assurant un meilleur niveau de redistribution***

Trois recommandations sont explicitées dans les développements qui suivent. Les estimations de gains liées à chacune sont des ordres de grandeur, établis sur la base de la masse salariale estimée pour 2010<sup>26</sup>.

#### **3.2.1. Déplafonner les cotisations du RGS et du RNS**

Une première mesure consiste à supprimer les plafonds de cotisations actuellement en vigueur tant dans le régime des salariés que dans le régime des non salariés. Une telle mesure permettrait de mettre fin à la dégressivité actuelle des cotisations, qui n'a aucune justification lorsque les prestations servies ne sont pas elles-mêmes soumises à un plafonnement<sup>27</sup>.

Les informations disponibles actuellement ne permettent pas de mesurer les effets de ce déplafonnement sur les finances sociales avec précision. En effet, les textes en vigueur prévoient que les obligations déclaratives des affiliés au RGS et au RNS se limitent au plafond applicable, de sorte que la masse salariale et le revenu net des indépendants sont inconnus lorsqu'ils sont situés au dessus du plafond (respectivement 3 M Fcfp et 1 M Fcfp).

A défaut de données précises, la mission s'est efforcée de recouper ces situations avec des éléments d'information disponibles.

En ce qui concerne les salariés, les seules informations sur la base concernent les salaires inférieurs ou égaux à 3 M Fcfp brut par mois. Il est possible de rapporter les taux actuels des diverses cotisations à cette masse salariale. Il est probable que la proportion des salaires situés au-delà de ce seuil est très faible. Sur cette base, ainsi que sur la base d'un retour des secteurs d'activité bénéficiant actuellement d'un taux famille nul au taux normal, elle estime que le gain peut être estimé à 1,8 Md Fcfp (15 M€) pour les salariés.

---

<sup>24</sup> Base prévisions actualisées de recettes de CST en 2010

<sup>26</sup> Plusieurs biais méthodologiques peuvent affecter les résultats effectifs de ces opérations. En particulier, les calculs ne tiennent pas compte d'un éventuel effet sur la base taxable des décisions de prélèvement (effet de désincitation au travail en particulier, effet de report sur l'économie souterraine).

<sup>27</sup> Ainsi, les cotisations de retraite tranche A et tranche B sont à cet égard un cas particulier, qui sera traité à part

Tableau 22 : Estimation d'un alignement de l'ensemble des cotisations (hors retraites tranches A et B) sur le plafond de 3 M Fcfp

		Estimations MS déplafonnée	Taux	Produit	Produit à plafond Inchangé	Ecart
PF <sup>28</sup>		210013	3,99%	8380	7675	705
AT	Salariés	210013	0,54%	1134	1087	47
	Org de formation	26637	0,75%	200	200	0
AM	Salariés	210013	15,06%	31628	31628	0
	Etudiants	1977	3,00%	59	59	0
	Retraités	20244	2,51%	508	508	0
FSR	Classique	210013	0,18%	378	263	115
FSRE	Exceptionnel	201913	1,00%	2019	1123	896
<b>Total en M Fcfp</b>				<b>44306</b>	<b>42542</b>	<b>1764</b>
<b>Total en M €</b>				<b>369</b>	<b>355</b>	<b>15</b>

Source : Mission

En ce qui concerne les indépendants, le montant représenté par les recettes nettes situées au-delà du plafond de 1 M Fcfp ne peut être connu sur la base des données disponibles. Il est cependant possible d'approcher les montants en question.

Les entreprises individuelles déclarant plus de 1 MFcfp par an au RNS représentent 6,1% des ressortissants du régime. Ils se répartissent sur divers secteurs d'activité : la santé en premier lieu (36,5%), mais également le commerce (20,6%) et l'immobilier – services aux entreprises (18,6%).

Tableau 23 : Ventilation par tranche de revenu des cotisants au RNS (mars 2010)

	< 0,5 SMIG	De 0,5 à 1 SMIG	De 1 à 2 SMIG	De 2 à 3 SMIG	De 3 SMIG à 1MFcfp (6,9 SMIG)	> 1 MFcfp	Total
Nombre	4024	1953	2166	768	1020	641	10572
%	38,1%	18,5%	20,5%	7,3%	9,6%	6,1%	100,0%

Source : Mission d'après données CPS

<sup>28</sup> Pour la simulation, on réintègre la masse salariale des trois secteurs d'activité privés bénéficiant actuellement d'un taux nul au taux normal (associations écoles et cantines, agriculture, gens de maison)

Tableau 24 : Répartition par secteur des ressortissants du RNS déclarant plus de 1 MFcfp de revenu (mars 2010)

	Nombre	%
Agriculture, pêche	15	2,3%
Industrie	39	6,1%
Construction	38	5,9%
Commerce, réparation	132	20,6%
Hôtels restaurants	25	3,9%
Immobilier, services aux entreprises	119	18,6%
Santé et action sociale	234	36,5%
Autres	39	6,1%
Total	641	100,0%

Source : Mission d'après données CPS

Une estimation du revenu brut des entreprises indépendantes le situe à 55,8 Mds Fcfp en 2008<sup>29</sup>. La masse taxée au titre des cotisations plafonnées à 1MFcfp s'élevait la même année à 29 Mds Fcfp<sup>30</sup>. Par différence, on pourrait estimer que la base non taxée située au-delà du plafond 1MFcfp à un maximum de 26,8 Mds Fcfp.

L'idée selon laquelle une forte proportion de base taxable se situerait au-delà du plafond de 1 MFcfp est corroborée par le constat des fortes disparités de chiffre d'affaires constatées entre entreprises individuelles. Ce constat est effectué sur la base de l'analyse des produits de l'impôt sur les transactions. Cet impôt est payé par les indépendants, mais sur la base de leur chiffre d'affaires, et non de leurs revenus nets comme pour les cotisations. Le nombre d'entreprises individuelles assujetties à l'impôt sur les transactions<sup>31</sup> en 2008 est de 12306 (contre 10572 ressortissants au RNS recensés en mars 2010). Elles réalisent un chiffre d'affaires global de 159 Mds F cfp. Les 82 premières entreprises (0,7%) représentent 25% du chiffre d'affaires ; les 300 suivantes (2,4%) représentent également 25% du chiffre d'affaires<sup>32</sup>. 50% du chiffre d'affaires est donc réalisé par un peu plus de 3% des entreprises assujetties à l'impôt sur les transactions.

Les périmètres des deux prélèvements (cotisations au RNS et impôt sur les transactions) ne se recoupent pas parfaitement, et l'estimation du revenu brut des non salariés à 55,8 milliards est effectuée à partir de données statistiques globales, ce qui en limite la précision. Toutefois, la comparaison avec le chiffre d'affaires confirme la très forte dispersion de l'activité des non salariés.

Au final, au vu de la masse taxable et des fortes disparités de situations entre non salariés, on peut raisonnablement émettre l'hypothèse de fortes inégalités dans les revenus nets non salariaux des indépendants, qui constituent la base des cotisations sociales du RNS. Une hypothèse haute reviendrait à considérer que l'ensemble du revenu brut situé au-delà des 29 Mds F cfp actuellement taxés serait taxable au-dessus du seuil de 1 M Fcfp. Dans l'hypothèse où seulement 10 milliards de ce revenu brut pourrait être taxé (soit 37% des 26,8 Mds issus de l'estimation ISPF), 750 M Fcfp (6,3 M€) de recettes supplémentaires pourraient être attendus d'un déplafonnement. Cette estimation, qui repose sur des hypothèses fortes, montre cependant très clairement l'intérêt financier d'un déplafonnement.

<sup>29</sup> Donnée ISPF de comptabilité nationale

<sup>30</sup> Donnée CPS, budget 2010 du RNS

<sup>31</sup> Artisans, commerçants et professions libérales

<sup>32</sup> Données ISPF issues du service des contributions. A titre de comparaison en 2008 10745 indépendants étaient inscrits au RNS.



La suppression de ces plafonds nécessite d'être intégrée dans une loi de pays.

Si le choix n'était pas fait de supprimer les plafonds, comme la mission le recommande, il conviendrait d'atténuer leurs effets pervers. A cette fin, la mission recommanderait :

- ✚ L'augmentation générale du niveau des plafonds au niveau le plus élevé actuel (soit 3 M Fcfp) ;
- ✚ La modification des textes instituant les cotisations afin de créer une obligation pour tout affilié de déclarer l'intégralité de la base taxable, et non uniquement la base dans la limite du plafond comme c'est le cas actuellement ;
- ✚ L'indexation des plafonds de cotisations sur l'inflation, afin de permettre un dynamisme suffisant des bases.

**Recommandation n°2 : Déplafonner l'ensemble des cotisations sociales du RGS et du RNS. A défaut, augmenter le niveau des plafonds, les indexer au moins sur l'inflation et mettre en place une obligation de déclaration de l'intégralité de la base taxable**

### 3.2.2. Réévaluer le taux de cotisation au RNS

Le taux de la cotisation au RNS est sensiblement inférieur aux taux applicables aux salariés. Si les indépendants bénéficient de prestations spécifiques pour la famille et le FASS, perturbant les comparaisons à ce titre, leur couverture maladie est identique.

Or, le taux de cotisation total des indépendants (7,50%) est très inférieur au seul taux maladie des salariés (15,06%). Un alignement de ce taux sur le seul taux patronal générerait un gain de 800 M Fcfp (6,7 M€) environ, tandis qu'un alignement sur le taux de 15,06% produirait un gain de 2,4Mds Fcfp (20 M€).

Tableau 25 : Estimation d'un rapprochement du taux de cotisation du RNS avec les taux assurance maladie du RGS

	Budget 2010	Test taux assurance maladie RGS Part patronale	Gain	Test taux assurance maladie RGS / Parts patronale et salariale	Gain
Plafond 1MFcfp	31813	31813		31813	
Taux	7,50%	10,04%		15,06%	
Produit en M Fcfp	2386	3194	<b>808</b>	4791	<b>2405</b>
Produit en M €	20	27	<b>6,7</b>	40	<b>20,0</b>

Source : Mission

La mission considère qu'un rattrapage de cet écart devrait être initié. A ce titre, une première étape pourrait consister à aligner le taux des indépendants sur la seule part employeur des cotisations de maladie des salariés (soit 10,04%).

**Recommandation n°2 : Augmenter le taux de cotisation des non salariés de manière à opérer un rattrapage progressif des taux maladie du RGS**

Le cumul des deux mesures précitées relatives au RNS devrait conduire à accroître de manière très significative l'autofinancement du régime des indépendants. Si l'on émet l'hypothèse que par l'effet du déplafonnement, seulement 10 milliards parmi les 26,8 Mds Fcfp non inclus dans l'assiette des cotisations serait réintégré, l'application du taux de cotisation de 10,04% pourrait générer un gain de 1,8 Md Fcfp (15 M€).

Tableau 26 : Estimation d'une mesure combinée de déplafonnement et d'augmentation des taux du RNS – hypothèse de réintégration dans l'assiette de 10 milliards Fcfp et d'application de la part patronale de 10,04%

	Budget 2010	Test	Gain
Plafond 1MF	31813	41813	
Taux	7,50%	10,04%	
Produit en M Fcfp	2386	4198	<b>1812</b>
Produit en M €	20	35	<b>15</b>

Source : Mission

En excluant des calculs les indemnités journalières, pour lesquelles il existe des différences de prestations entre salariés et non salariés, le gain serait de l'ordre de 1,5 milliard de Fcfp (12,5 M€). Le taux applicable aux non salariés serait dans une telle hypothèse le taux assurance maladie du RGS sans la part des indemnités journalières (IJ), soit 14%<sup>33</sup>, et 9,34% en ce qui concerne la seule part patronale. Pour conserver le parallélisme, il faudrait lui ajouter le taux IJ des non salariés, soit 0,15%<sup>34</sup>, et 0,10% pour la seule part patronale. Dans une telle hypothèse, le taux appliqué aux non salariés serait de 14,15%. En se limitant à la seule part patronale, le taux s'élèverait à 9,34% correspondant à la part patronale.

Tableau 27 : Estimation d'une mesure combinée de déplafonnement et d'augmentation des taux du RNS – hypothèse de réintégration dans l'assiette de 10 milliards de F cfp et d'application de la part patronale après déduction des IJ

	Budget 2010	Test	Gain
Base	31813	41813	
Taux	7,35%	9,34%	
Produit en M Fcfp	2338	3905	<b>1567</b>
Produit en M €	19,5	32,5	<b>13,0</b>

Source : Mission

### 3.2.3. Créer une contribution de participation aux dépenses d'assurance maladie pour les fonctionnaires de l'Etat

La question de l'affiliation des fonctionnaires de l'Etat à la PSG est fréquemment posée. Les états généraux de l'outre mer évoquaient la nécessité de « faire cotiser les fonctionnaires de l'Etat au régime des salariés ».

Sans se prononcer sur ce point, qui nécessiterait des consultations prolongées et des investigations techniques poussées, la mission constate que le régime social applicable aux fonctionnaires de l'Etat en Polynésie présente des particularités.

Ils sont soumis à un système de prélèvements sociaux particulier. Ces différences peuvent s'expliquer dans la plupart des cas par un accès à des prestations spécifiques. C'est le cas en matière de pensions ou de prestations familiales.

<sup>33</sup> Soit 15,06% moins la part des dépenses d'IJ, qui représentent 7% du total des prestations

<sup>34</sup> Soit la part des dépenses d'IJ, qui représentent 2% du total du taux de 7,5%, c'est-à-dire 0,15% (on suppose que ce taux est affecté en totalité à l'assurance maladie, ce qui est une simplification abusive car il finance d'autres risques du RNS, en particulier la famille)

En revanche, en ce qui concerne les soins, les prestations auxquelles les fonctionnaires de l'Etat ont accès sont identiques à celles des autres Polynésiens, à l'exception des indemnités journalières, supportées par l'Etat employeur<sup>35</sup>. Par exemple, le ticket modérateur est le même, et les conditions de son remboursement ne diffèrent pas.

Par ailleurs, les fonctionnaires de l'Etat perçoivent des rémunérations moyennes plus élevées que les autres salariés de Polynésie française.

En ce qui concerne l'assurance maladie, et si l'on ne tient pas compte de l'existence d'un régime indemnitaire, les fonctionnaires de l'Etat se voient appliquer un taux de cotisations maladie représentant moins de la moitié de celui des salariés assujettis au RGS (7,85% contre 15,06%). La part salarié enregistre un écart de 2,44 points (2,58% contre 5,02%).

La mission considère donc qu'en l'état actuel de leur affiliation à la sécurité sociale, il semblerait logique de demander aux fonctionnaires de l'Etat un effort contributif en rapport avec les prestations dont ils bénéficient.

### **Recommandation n°3 : Créer une contribution de participation à l'assurance maladie assise sur la masse salariale des agents de l'Etat en Polynésie française**

A titre d'exemple, la mission a testé l'hypothèse d'une contribution de participation à l'assurance maladie représentant la différence aujourd'hui constatée entre les taux de cotisation maladie des fonctionnaires de l'Etat et des autres salariés de Polynésie française<sup>36</sup>. Une contribution s'élevant aux 2,44 points d'écart constatés rapporterait environ 1,7 Mds Fcfp (14 M€). Une contribution représentant la moitié de cet écart s'élèverait à 873 MFcfp<sup>37</sup> (7 M€), et porterait la part salarié du prélèvement effectué au titre de l'assurance maladie sur les fonctionnaires de l'Etat (cotisations et nouvelle contribution de participation) à 3,82% contre 5,04% au RGS.

#### **3.2.4. Augmenter la progressivité des prélèvements sociaux**

Les cotisations sociales plafonnées sont dégressives. Cette dégressivité est compensée partiellement par les taux progressifs de CST.

Le caractère progressif de la CST pourrait être amplifié, en adoptant une progression différenciée des taux applicables à chacune de ses 4 tranches. C'est l'objet de l'une des propositions *supra*, à propos de la prise en charge de « dette sociale ». D'autres augmentations des taux progressifs de la CST, pourraient également être envisagées (voir *infra*).

### **3.3. Envisager des mesures de « rendement »**

L'application des recommandations exposées *supra* ne saurait en aucun cas suffire à la réalisation de l'équilibre financier de la protection sociale en 2011. Des mesures de « rendement » seront donc nécessaires. Leur calibrage sera fonction des efforts de limitation des dépenses de retraite et de maladie qui seront réalisés pour contenir les déficits des régimes sociaux.

#### **3.3.1. Pour le RGS**

Les mesures de redistribution visées au point 3.1 pourraient générer des recettes supplémentaires. Toutefois, même dans le cas d'une application de la totalité des mesures préconisées, les recettes nouvelles seraient insuffisantes pour faire face aux dépenses.

---

<sup>35</sup> La mission ne dispose pas du montant représenté par la prise en charge par l'Etat de l'équivalent des indemnités journalières. A titre de comparaison, les indemnités journalières représentent 7% du total des prestations d'assurance maladie dans le RGS

<sup>36</sup> Soit 2,44 points, sans tenir compte du régime indemnitaire, dont l'effet accentue la différence de prélèvement constatée entre RGS et fonctionnaires de l'Etat

<sup>37</sup> Soit 1% de la masse salariale des fonctionnaires de l'Etat en 2008 (estimée à 71,5 Mds F cf p en 2008)

Dès lors, deux directions supplémentaires devraient être explorées, qualifiables de mesures de « rendement ». De telles mesures devraient se concentrer sur la problématique de l'assurance maladie et des retraites.

En ce qui concerne le financement de l'assurance maladie du RGS, l'inachèvement de la réforme *Te Autaaera'a* a abouti à une diminution des taux de cotisations sociales sans augmentation de la fiscalité en contrepartie.

Il convient donc de corriger ce déséquilibre, soit en rétablissant les taux de cotisation maladie, soit en leur substituant une part de CST affectée au RGS, soit en combinant les deux mesures :

L'augmentation des taux de cotisation maladie du régime des salariés : ces taux se situaient à 17,73% en 2005, avant leur réduction de 3 points à l'origine d'une partie des difficultés financières du RGS. Une revalorisation de ces taux serait envisageable, et en tenant compte de l'élargissement de l'assiette des cotisations lié à la revalorisation du plafond à 3 M Fcfp. Toute augmentation de taux serait susceptible de générer des recettes supplémentaires importantes (de l'ordre de 2 Mds Fcfp par point de cotisation supplémentaire). La comparaison des taux de cotisations existant en Polynésie française avec les taux en vigueur en Nouvelle Calédonie et a fortiori en métropole tend à montrer qu'il existe une marge de progression pour ces prélèvements sociaux.

- ✚ L'augmentation des taux de la CST et l'affectation de cette surtaxe au RGS : si la fiscalisation de l'assurance maladie est une constante internationale, la nécessité d'équilibrer les comptes du RSPF à court terme implique d'y consacrer des prélèvements supplémentaires de CST. Il conviendra toutefois d'envisager à plus long terme une fiscalisation qui demeure nécessaire. L'affectation durable de la contribution de remboursement de la « dette sociale » au risque maladie, y compris après l'amortissement cette dette, pourrait être envisagée à ce titre.

En ce qui concerne le financement des retraites, une réforme touchant à l'ensemble des paramètres devrait être menée. Parmi ceux-ci le levier des recettes devrait être intégré obligatoirement. Plusieurs pistes sont évoquées dans l'annexe consacrée aux retraites :

- ✚ Une augmentation forte et immédiate du taux de cotisation ;
- ✚ Une augmentation plus mesurée mais régulière du taux de cotisation ;
- ✚ Le déplafonnement d'une partie de la cotisation retraite<sup>38</sup>. A titre d'illustration, l'application d'un plafond cotisation de 3 M Fcfp à 1 point de cotisation retraite (14,46% aujourd'hui) permettrait de dégager environ 640 M Fcfp (5,3 M€) de recettes supplémentaires<sup>39</sup>.

### 3.3.2. Pour le RSPF

Les dépenses d'assurance maladie et les dépenses liées aux minima vieillesse progresseront dans l'avenir et représenteront une charge croissante, à équilibrer par la subvention du Pays.

Il apparaît dès lors nécessaire d'augmenter les ressources propres du RSPF, et en particulier les recettes de CST. A ce titre, deux stratégies, cumulables, sont possibles :

- ✚ L'augmentation des taux de la CST affectée au RSPF ;
- ✚ L'augmentation différenciée des taux applicables aux salaires des fonctionnaires et agents publics travaillant en Polynésie française (Territoire, communes et Etat), afin de tenir compte du différentiel de rémunérations entre les agents publics et les autres salariés de Polynésie française.

A titre d'exemple, une hausse de 20% des taux de CST générerait un gain supplémentaire de 1733 MFcfp (14 M€). Une hausse différenciée des taux de CST consistant par exemple à taxer les seuls agents publics à hauteur de 1% sur chaque tranche représenterait un gain de 1446 M Fcfp (12 M€).

<sup>38</sup> Comme c'est le cas en métropole pour les retraites de base

<sup>39</sup> Environ 750 MF dans le cas du FSRE (base CPS 2009 supérieure à 100000F : 187179MFcfp\*1%)

Tableau 28 : Simulation de la création d'une surtaxe de 1 point de CST pour les seuls fonctionnaires et agents publics travaillant en Polynésie française

	Masse salariale	Produit avec surtaxe 1%
Secteur public et parapublic RGS	73142	731
Etat	71500	715
<b>Total en M Fcfp</b>	<b>144642</b>	<b>1446</b>
<b>Total en M €</b>	<b>1205</b>	<b>12</b>

Source : Mission

**Recommandation n°4 : En complément des mesures visant à améliorer le caractère redistributif des prélèvements sociaux, adopter des mesures de « rendement » fondées sur l'augmentation des taux de cotisation et de CST**

#### **3.4. Rechercher une diversification du financement de la protection sociale**

Enfin, les besoins sociaux liés notamment au vieillissement commandent d'anticiper la probable croissance des dépenses de protection sociale. Celles-ci devront être couvertes par des recettes plus diversifiées. Il serait à cet égard utile d'engager une réflexion sur l'avenir du financement de la protection sociale.

**Recommandation n°5 : Engager une réflexion sur les modalités possible d'une diversification du financement de la protection sociale**

## **Annexe 24**

### **Gouvernance, gestion et tutelle de la protection sociale généralisée**

<b>GOVERNANCE, GESTION ET TUTELLE DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE .....</b>	<b>1</b>
1. LA GOVERNANCE DE LA PSG EST MARQUEE PAR LA COEXISTENCE DE TROIS REGIMES GERES PAR UN ORGANISME UNIQUE, LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE .....	3
1.1. <i>La PSG est constituée de 3 régimes relativement hétérogènes.....</i>	3
1.1.1. Les populations couvertes .....	3
1.1.2. Des instances délibérantes distinctes mais qui obéissent aux mêmes principes de fonctionnement .....	3
1.1.3. Des structures de financement différentes.....	4
1.1.4. A l'exception de la maladie, des prestations différentes .....	5
1.2. <i>Un organisme unique, la Caisse de prévoyance sociale, est chargée de gérer ces trois régimes et l'ensemble de la PSG.....</i>	6
1.2.1. Effectifs et masse salariale de la CPS.....	6
1.2.2. La convention d'entreprise .....	8
2. L'ORGANISATION ACTUELLE DU TERRITOIRE NE LUI PERMET PAS D'ASSURER PLEINEMENT LE PILOTAGE POLITIQUE ET FINANCIER DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE .....	9
2.1. <i>Le Territoire n'est pas aujourd'hui en situation d'exercer pleinement le pilotage politique et financier de la protection sociale .....</i>	9
2.2. <i>Il doit pour y parvenir se doter d'une organisation renforcée et adaptée aux enjeux sanitaires, financiers et techniquement complexes de la protection sociale .....</i>	10
<b>L'ETABLISSEMENT ADMINISTRATIF POUR LA PREVENTION (EPAP) .....</b>	<b>12</b>
1. MISSIONS ET ORGANISATION .....	12
1.1. <i>Les missions de l'EPAP .....</i>	12
1.2. <i>L'organisation de l'EPAP .....</i>	12
1.3. <i>Une mission transversale dont l'application est décevante.....</i>	13
2. RESSOURCES HUMAINES .....	14
3. SITUATION FINANCIERE .....	14
4. RECOMMANDATIONS .....	16
<b>LE FARE TAMA HAU .....</b>	<b>18</b>
1. MISSIONS ET ORGANISATION .....	18
1.1. <i>Mission et articulation avec d'autres structures concourant à la même politique publique.....</i>	18
1.2. <i>Organisation de l'établissement .....</i>	18
1.3. <i>Gouvernance de l'établissement.....</i>	19
1.4. <i>Les moyens de l'établissement.....</i>	19
2. RESSOURCES HUMAINES .....	20
3. SITUATION FINANCIERE .....	21
4. RECOMMANDATIONS .....	22

# 1. LA GOUVERNANCE DE LA PSG EST MARQUEE PAR LA COEXISTENCE DE TROIS REGIMES GERES PAR UN ORGANISME UNIQUE, LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE

## 1.1. La PSG est constituée de 3 régimes relativement hétérogènes

### 1.1.1. Les populations couvertes

Les trois régimes de la protection sociale généralisée (le régime général des salariés –RGS, le régime des non salariés –RNS- et le régime de solidarité de la Polynésie française –RSPF-) couvrent la quasi-totalité de la population du pays (environ 260.000 bénéficiaires).

Tableau 1 : Répartition des ressortissants de régimes de protection sociale en Polynésie française

	2005	2006	2007	2008	2009	Répartition 2005	Répartition 2009
RGS	156326	162363	162388	162183	157607	64%	61%
RSPF	48309	48758	51949	55386	59290	20%	23%
RNS	25198	25517	25767	26630	26883	10%	10%
RSS <sup>1</sup>	16153	15943	15449	15815	15835	7%	6%
Total	245986	252581	255553	260014	259615	100%	100%

Source : Budget 2010 RGS

Le RGS concentre plus de 60% des assurés polynésiens. La part du régime des salariés diminue de 3 points entre 2005 et 2009 (de 64% à 61%), et se trouve compensée par une augmentation équivalente de la proportion représentée par le régime de solidarité (RSPF – de 20 à 23%). Le régime des non salariés comme les régimes métropolitains de sécurité sociale représentent une part relativement stable de la protection sociale en Polynésie française (respectivement 10% et 6 à 7%).

### 1.1.2. Des instances délibérantes distinctes mais qui obéissent aux mêmes principes de fonctionnement

Ils sont administrés de manière autonome par des conseils d'administration (RGS et RNS) et un comité de gestion (RSPF) propres. En revanche, leur mise en œuvre opérationnelle incombe à la seule Caisse de prévoyance sociale (CPS). Leur trésorerie est commune. Pour chacune des instances délibérantes, est organisée une articulation étroite avec le ministre en charge de la protection sociale et le conseil des ministres qui dote le Territoire de Polynésie française d'un pouvoir d'initiative (par inscription obligatoire d'un point à l'ordre du jour) et de la décision de dernier ressort en cas de désaccord.

<sup>1</sup> Les régimes de sécurité sociale (RSS) renvoient aux régimes métropolitains. Les affiliés aux RSS ne sont donc pas ressortissants de la PSG, qui regroupe les 3 régimes polynésiens : RGS, RNS et RSPF.



Le conseil d'administration du RGS est composé de 14 représentants des employeurs et de 14 représentants des salariés<sup>2</sup>, désignés par un arrêté pris en conseil des ministres, pour un mandat de deux ans renouvelable sans limite. Le conseil désigne en son sein et pour un an les membres du bureau (délibération n° 92-138 / AT du 20 août 1992), dont le président signe tous les actes et délibérations du conseil, représente la caisse en justice et donne délégation au directeur de la caisse. Des réunions à échéance régulière sont prévues par la délibération n° 99-11 / 1PF du 14 janvier 1999, au moins une fois par trimestre, sur la base d'un ordre du jour proposé par le directeur au président et soumis à l'avis du ministre chargé de la protection sociale qui a la faculté d'y inscrire un point d'office.

Un certain nombre de questions doivent être délibérées en conseil d'administration et donnent lieu à transmission au ministre chargé de la protection sociale qui doit ensuite en saisir le conseil des ministres. Il s'agit du budget et des actes modificatifs, de toute affaire ayant une incidence ou un caractère réglementaire, des achats, ventes et échanges d'immeubles, de l'acceptation des dons et legs.

Ces délibérations ne deviennent exécutoires que 31 jours après leur réception par le secrétariat du conseil des ministres et seulement si celui-ci n'a pas notifié d'opposition. Si c'est le cas, elles sont de nouveau soumises au conseil d'administration. Le conseil des ministres statue en dernier ressort si le conseil d'administration souhaite maintenir la délibération initiale.

Le conseil d'administration du RNS, institué par la délibération n° 94-19 AT du 10 mars 1994, est composé de 18 membres désignés pour deux ans sans limitation de mandat, six représentants des agriculteurs, pêcheurs, artisans, six représentants du commerce, des services, professions libérales, six représentants de la Polynésie française (2 représentants de l'Assemblée de Polynésie française et 4 représentants désignés en conseil des ministres).

La même articulation entre le conseil d'administration, le ministre chargé de la protection sociale et le conseil des ministres que pour le conseil du RGS est organisée.

Le comité de gestion du RSPF, institué par la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994, comprend 20 membres désignés pour deux ans sans limitation de mandat : 2 représentants du gouvernement (ministre de la solidarité qui en assure la présidence et ministre de la santé), 2 représentants de l'Assemblée de Polynésie française, 2 représentants de l'Etat, un représentant des communes, 4 représentants des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, perliculteurs et artisans, 2 représentants des associations à caractère familial ou éducatif, 3 représentants des salariés et un représentant des employeurs.

La même articulation avec le ministre chargé de la protection sociale et le conseil des ministres est prévue.

### **1.1.3. Des structures de financement différentes**

Les deux premiers régimes relèvent d'une logique d'assurance sociale, et sont financés en quasi-totalité (RGS) ou majoritairement (RNS) par les cotisations des assurés. Le RSPF est un régime résiduel de solidarité, financé en totalité par l'impôt<sup>3</sup>, accessible sous condition de revenu<sup>4</sup> aux personnes non prises en charge par les deux autres régimes.

Le financement des trois régimes de la protection sociale polynésienne est assis pour l'essentiel sur les revenus d'activité.

---

<sup>2</sup> Arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 portant organisation de la Caisse de compensation des prestations familiales du territoire des établissements français de l'Océanie

<sup>3</sup> Soit directement par l'affectation au régime de ressources fiscales ou de la contribution sociale territoriale (CST), soit indirectement via des subventions versées par le Territoire

<sup>4</sup> Dont le revenu moyen brut mensuel apprécié sur une base annuelle est inférieur au SMIG mensuel, fixé par l'arrêté du 12 septembre 1996 à 87.346Fcfp.

Tableau 2 : Répartition des recettes de la PSG en 2009

Recettes d'exploitation	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	66893	95%	2284	64%			69177	71%
Territoire	1550	2%	1218	34%	10472	45%	13240	14%
Fiscalité affectée					4115	18%	4115	4%
CST					8800	38%	8800	9%
Autres	2048	3%	85	2%	21	0%	2154	2%
Total en MFcfp	70491	100%	3587	100%	23408	100%	97486	100%
En M€	587.4		29.9		195		812.4	

Source : Mission d'après les comptes de résultats

Les cotisations représentent près des  $\frac{3}{4}$  de l'ensemble des financements. Assises sur « l'ensemble des sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail », elles constituent la recette essentielle du RGS. Elles sont payées par l'ensemble des employeurs de Polynésie, sauf l'Etat, dont les agents ne sont pas affiliés au RGS pour leur protection sociale. Les cotisations sont également la recette majoritaire du RNS. En ce qui concerne les indépendants, les cotisations sont assises sur les revenus nets non salariaux encaissés au cours de l'année précédente.

La deuxième source de financement provient des subventions du Pays (14%). Celles-ci sont motivées soit par les règles constitutives des régimes (RNS, RSPF), soit par la compensation de pertes de recettes liées à des décisions du gouvernement (RGS).

La contribution sociale territoriale (CST) est la troisième source de financement (9%). Son principe est l'universalité (elle est censée porter sur l'intégralité des revenus) et la progressivité. Elle est aujourd'hui affectée en totalité au RSPF, dont elle assure près de 40% des recettes.

#### 1.1.4. A l'exception de la maladie, des prestations différentes

Les prestations mises en œuvre se rapprochent sans toutefois se confondre<sup>5</sup> :

- ✚ Les trois régimes offrent une couverture maladie comparable<sup>6</sup> ;
- ✚ Les trois régimes offrent également des prestations familiales et un fonds d'action sociale, dont les contours ne sont pas à ce jour harmonisés ;
- ✚ La question des retraites, enfin, est celle qui différencie le plus fortement les trois régimes, puisque les salariés disposent d'un système d'assurance sociale complet, tandis que les non salariés n'ont pas de couverture obligatoire. L'ensemble est complété par un minimum vieillesse servi soit par le RGS, soit par le RSPF.

15 ans après la mise en place de la protection sociale généralisée, quelques faits saillants structurent le paysage de la protection sociale en Polynésie française et les relations entre les 3 régimes :

- le poids du RGS, tant démographique qu'économique, en comparaison du RSPF et surtout du RNS ;
- la croissance du RSPF liée à sa montée en charge progressive, aujourd'hui achevée et à la crise économique qui conduit de nombreux salariés à en relever ;
- les tensions manifestes entre les 3 régimes, le RGS étant perçu par les autres comme le régime dominant, les représentants des salariés pouvant considérer de leur côté que ces derniers prennent en charge une partie des dépenses relevant de la solidarité.

<sup>5</sup> On renvoie pour une analyse détaillée aux annexes consacrées à l'assurance maladie, aux prestations familiales et aux retraites

<sup>6</sup> En ce qui concerne les indemnités journalières (IJ), cependant, les systèmes du RGS et du RNS présentent des différences plus importantes

La mission s'interroge sur la pertinence de maintenir ces trois régimes distincts. On pourrait en effet, d'autant plus que l'organisme de gestion est unique, imaginer une protection sociale généralisée structurée autour des grands risques, la maladie, la vieillesse, la famille et peut-être à bref horizon la perte d'emploi. Cette évolution considérable a été évoquée dans le cadre des débats menés en 2009 autour de la PSG 2. Elle permettrait de sécuriser le financement des risques en donnant une réelle autonomie financière à chaque branche. Cette question dépasse de loin le cadre de la présente mission, mais elle a conservé une réelle actualité. Une telle perspective pourrait permettre d'apaiser les tensions manifestes entre les régimes, et *in fine* renforcer la cohésion sociale.

## 1.2. *Un organisme unique, la Caisse de prévoyance sociale, est chargée de gérer ces trois régimes et l'ensemble de la PSG*

La Cour des comptes, puisque la Chambre territoriale des comptes n'est pas compétente, a procédé à un contrôle de la Caisse de prévoyance sociale en 2009. Une feuille de route 2010 a été présentée au conseil d'administration du RGS le 26 février 2010, abordant les aspects de réforme devant être pris en charge par la CPS au cours de l'année. Le document comporte 5 axes : réforme de la PSG, actions liées aux ressources financières, partenariats et relations extérieures, accompagnement du Pays et moyens de la CPS. L'une des questions récurrentes porte sur le montant des frais de gestion facturés par le RGS aux autres régimes. Le rapport de la Cour des comptes en fait une analyse détaillée et conclut de manière plutôt positive. Cela étant la mission considère important de soumettre la CPS aux mêmes efforts que l'ensemble des administrations publiques en Polynésie française, notamment sur la gestion des ressources humaines.

### 1.2.1. Effectifs et masse salariale de la CPS

Tableau 3 : Evolution des effectifs et de la masse salariale depuis 2005

	2005	2006	2007	2008	% 2006-2008
Effectifs	467	489	488	487	-0,4%
Salaire moyen	367	374	392	406	8,6%
Charges de personnel		3113	3236	3348	7,5%

Source : Rapport CAC 2008

Les effectifs sont stables depuis 2006. Le salaire moyen progresse d'environ 3% par an.

Tableau 4 : Evolution et répartition des effectifs depuis 1994

	1994	1999	2004	2008	2009	2009/1994
Direction	18	27	26	34	29	+61%
Agence comptable	25	20	22	35 <sup>7</sup>	34	+36%
Prestations	132	142	164	189	178	+35%
Cotisations	78	89	80	83	77	--
Antennes en Polynésie	21	35	49	57	46	+120%
Agences internationales	1	6	12	15	15	++
Moyens	84	80	78	79	102	+30%
Total	359	399	431	492	495 <sup>8</sup>	+38%

Source : CPS

<sup>7</sup> 11 personnes aux archives

<sup>8</sup> On enregistre 5 CDD et 490 CDI

La progression continue et importante des effectifs depuis 1994 (près de 40 % en 15 ans) a accompagné la montée en charge de la PSG et de la couverture de la population. On comprend bien que les services de prestations notamment se soient développés. On peut cependant s'interroger, au-delà des réorganisations ponctuelles de services, sur la croissance des effectifs de la direction, 1,5 fois supérieure à celle de l'ensemble, des antennes en Polynésie, 3 fois supérieure à celle de l'ensemble et des agences internationales.

Les 2 agences internationales de la CPS réunissent aujourd'hui 15 agents (12 en 2004, 6 en 1999). Il semble que ces effectifs puissent être significativement réduits. La pertinence du maintien d'une antenne en Nouvelle Zélande reste à démontrer, le format de l'antenne parisienne pourrait d'autant plus facilement être réduit que les évacuations sanitaires internationales pourraient être centralisées en Ile de France et non plus réparties sur tout le territoire métropolitain (cf annexe assurance maladie).

De même la constitution d'un service des archives qui ne compte pas moins de 11 personnes au sein de l'agence comptable paraît disproportionnée.

Enfin, ce point est évoqué dans l'annexe relative à la politique familiale et à l'action sociale, le service social du RGS qui réunit 31 personnes en 2009 pourrait rejoindre la direction des affaires sociales du Territoire afin d'unifier la prise en charge sociale des polynésiens, quel que soit leur régime de rattachement et de réaliser des économies d'échelle. Cette option, envisagée il y a quelques années, a été abandonnée après que les agents concernés ont manifesté leur souhait de rester au sein de la CPS. La mission recommande d'examiner les conditions dans lesquelles cette piste pourrait être relancée.

**Dans le cadre de mesures générales d'économies recommandées aussi bien pour l'administration du Territoire que pour la CPS, la mission recommande d'examiner en premier lieu les pistes qui suivent : -**

- **la réduction significative du service des archives au sein de l'agence comptable ;**
- **la fermeture de l'antenne de Nouvelle Zélande ;**
- **la réduction significative des effectifs de l'antenne parisienne ;**
- **le transfert du service social du RGS à la direction des affaires sociales du Territoire.**

Ces mesures pourraient permettre de réaliser en année pleine une économie de l'ordre de 66 MFcfp sur la masse salariale – suppression de 15 emplois – soit 2 % de la masse salariale. Cette économie pourra faciliter la réalisation de l'objectif cible défini par la mission d'une stabilité de la masse salariale à l'horizon 2014.

Dans son rapport, la Cour des comptes recommande d'encadrer l'évolution des dépenses de personnel, en invoquant notamment la situation des caisses nationales qui les ont réduites de 8% entre 2004 et 2008. Ces réductions se sont appuyées sur des analyses approfondies de l'activité, des gains de productivité réalisés par le développement des traitements informatique, par des objectifs négociés de modération salariale et de stabilisation voire de réduction des recrutements.

Plusieurs pistes ont d'ores et déjà été identifiées par la CPS :

- La rationalisation de la fonction accueil ;
- La dématérialisation feuilles de soins pas encore mise en œuvre faute de cadre réglementaire. A noter que les établissements procèdent d'ores et déjà à la transmission de leurs factures par voie électronique (environ 50 %). L'automatisation des feuilles de soins permettrait de réaliser un gain de productivité de 40% sur cette tâche.

**Recommandation n°1 : La mission recommande de développer à moyen terme une analyse approfondie des gains de productivité de la CPS et de fixer des objectifs négociés avec le Territoire, rendus publics dans un outil de contractualisation général (voir *infra*). Dans**

## **L'immédiat, la mission recommande d'appliquer à la CPS les mesures qu'elle propose pour l'administration du territoire.**

### **1.2.2. La convention d'entreprise**

La convention d'entreprise du 26 juin 1986 prévoit un certain nombre de dispositions favorables au profit des salariés de la CPS :

- ✚ L'article 35 prévoit le bénéfice d'un droit au voyage pour les salariés, à raison d'un voyage tous les 5 ans pour les salariés disposant d'une ancienneté inférieure à 10 ans, un voyage tous les 4 ans après 10 ans d'ancienneté, et un voyage tous les 3 ans au-delà de 22 ans d'ancienneté. Il s'agit d'un dispositif équivalent à celui des congés administratifs dans l'administration du Territoire. La prise en charge par la CPS est réalisée sur la base d'un voyage aller-retour Papeete / Paris en classe économique. La charge correspondante s'est élevée à 45, 47 et 40 MF entre 2007 et 2009.
- ✚ L'article 36 prévoit des permissions exceptionnelles d'absence accordées aux agents représentant l'entreprise ou le Territoire sur le plan culturel, social éducatif ou sportif. Ces permissions ne peuvent excéder 15 jours par an. 16 agents concernés en 2009 ont bénéficié de 60 jours d'absence, soit une charge de 777 MFcfp pour la CPS. A noter que ce montant s'est élevé à plus de 2 MFcfp en 2006 et à 1,5 MFcfp en 2008.
- ✚ L'article 39 prévoit la prise en charge par la CPS des frais médicaux des salariés et retraités de la CPS, ainsi que de leurs familles à raison de 50 % des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie et dans la limite du ticket modérateur, de la différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de l'assurance maladie. La charge correspondante s'est élevée à 11,5, 16 puis 14,8MF entre 2007 et 2009.
- ✚ L'article 39 bis, issu de l'avenant n°3, prévoit la prise en charge, sous certaines conditions, des 3 jours de carence au profit des salariés en arrêt maladie. Ce dispositif a concerné 366 agents en 2009 et a représenté une charge de près de 31 MFcfp pour la CPS, montant stable.
- ✚ L'avenant n°12 de 1991 relatif au statut des cadres prévoit l'attribution de 5 jours de congés supplémentaires pour tenir compte des sujétions liées à l'exercice de leurs fonctions et de leurs besoins de formation continue

Les 4 premiers dispositifs pourraient à eux seuls s'ils étaient revus constituer des sources d'économies substantielles, en forfaitisant les montants enregistrés ces dernières années, on peut imputer 40 MF pour les droits au voyage (art 35), 1 MFcfp pour les permissions exceptionnelles d'absence (art 36), 15 MFcfp pour la prise en charge des frais médicaux (art 39), 20 MFcfp si on réduit la prise en charge de 3 jours de carence en arrêt maladie à 1 jour (art 39 bis), soit 76 MFcfp au total.

Par ailleurs, la convention d'entreprise autorise le recours à des avancements accélérés, aux termes de son article 18 issu des avenants n°10 et 26. Chaque année, une proportion importante des effectifs en bénéficie : 198 en 2005, 120 en 2006, 216 en 2007, 145 en 2008 et encore 117 en 2009.

L'avenant n°31 à la convention d'entreprise, adopté le 26 février 2010, décide de ne procéder à aucune revalorisation salariale pour l'année 2010.

**Recommandation n°2 : La plupart des avantages salariaux et avantages en nature prévus au bénéfice des salariés de la CPS étant fixés par convention, la mission recommande à la direction de la CPS de dénoncer la convention d'entreprise, et d'engager au plus vite des négociations visant à lui substituer des mesures moins coûteuses pour l'avenir, notamment pour les articles mentionnés plus haut (articles 35, 36, 39, 39 bis). Le coût actuel de ces mesures s'élevant à 76 MFcfp, la mission suggère de définir une cible d'économie ambitieuse, d'au moins 50 MFcfp.**

Le budget Ressources humaines 2010 prévoit la mise en place d'un plan de départs volontaires reposant pour l'exercice sur le départ de 10 personnels remplacés par 6 recrutements. Le coût de l'opération en 2010 est estimé à 62,5MF, représenté à 62% par l'indemnité exceptionnelle liée au départ volontaire, et à 38% par l'indemnité de départ en retraite prévue par l'article 45 de la convention d'entreprise. L'économie globale escomptée du repyramidage lié à cette opération s'élève à 206,8MF d'ici 2019.

Le même budget prévoit la mise à la retraite progressive par l'employeur des salariés de plus de 65 ans et de plus de 60 ans ayant acquis plus de 35 années de cotisations en tranche A. 4 agents seraient concernés en 2010, représentant une économie en année pleine 2011 de 13MF compensée toutefois par une dépense au titre de l'indemnité conventionnelle de départ en retraite s'élevant à 10MF.

De l'aveu même de la direction de la CPS, la succession de plans de départ volontaires motive la décision de salariés de la caisse de retarder leur départ effectif en retraite, ces derniers préférant « attendre » une offre intéressante pour quitter leurs fonctions. Il va de soi que les anticipations desdits salariés sont fortement influencées par cette pratique. En outre, les dispositions relatives à la mise à la retraite d'office ne sont pas utilisées à ce stade.

**Recommandation n°3 : La mission considère que la direction de la CPS devrait renoncer au plan de départ volontaire prévu pour 2010, ainsi qu'à tout plan de départ volontaire dans les années qui viennent, afin de ne pas dissuader les départs naturels des salariés de plus de 60 ans.**

## **2. L'ORGANISATION ACTUELLE DU TERRITOIRE NE LUI PERMET PAS D'ASSURER PLEINEMENT LE PILOTAGE POLITIQUE ET FINANCIER DE LA PROTECTION SOCIALE GENERALISEE**

L'autonomie de gestion dont dispose la Caisse de prévoyance sociale ne doit pas masquer la portée réelle des pouvoirs du Territoire de Polynésie française sur l'évolution stratégique de la protection sociale dans son ensemble, de chacun des régimes dans toutes ses dimensions (financement, prestations etc.).

### **2.1. *Le Territoire n'est pas aujourd'hui en situation d'exercer pleinement le pilotage politique et financier de la protection sociale***

L'organisation des processus de décision au sein des trois régimes de protection sociale ainsi que les suites données par le gouvernement à certains projets de réformes<sup>9</sup> montrent sans ambiguïté que le Territoire de Polynésie française dispose des pouvoirs nécessaires au pilotage de la PSG.

En revanche, il ressort des investigations de la mission qu'il ne dispose pas, faute de s'en être doté, des capacités d'expertise nécessaires à un tel pilotage :

- La direction de la santé (DS) n'a aucune prise sur l'assurance maladie, qu'il s'agisse de la gestion du risque, des comptes de la santé et de l'assurance maladie
- La direction des affaires sociales (DAS) n'est en mesure d'intervenir qu'au titre du RSPF et du fonds d'action sociale du RNS
- La délégation générale à la protection sociale (DGPS) composée de 2 ETP est censée assurer seule le contrôle de légalité des actes des régimes sociaux, la tutelle budgétaire et financière de régimes dont les dépenses représentent l'équivalent des 2/3 de celles du territoire. Elle en est par conséquent réduite à des interventions très formelles.

---

<sup>9</sup> Pour mémoire, le budget 2010 du RGS proposé par le conseil d'administration au gouvernement prévoyait de nombreuses mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui ont été reçu l'opposition du Conseil des ministres

L'une des particularités de la gouvernance des démembrements de l'administration en Polynésie consiste en l'exercice de la tutelle par les ministres et leurs cabinets, sans que les directions du Territoire n'y participent.

La mission est réservée sur le réalisme de cette option s'agissant de la protection sociale, dont le poids financier, social et la grande complexité des enjeux supposent un suivi technique régulier, permanent, des compétences approfondies sur la gestion de chacun des risques et sur la dynamique spécifique finances sociales.

## ***2.2. Il doit pour y parvenir se doter d'une organisation renforcée et adaptée aux enjeux sanitaires, financiers et techniquement complexes de la protection sociale***

Etant donné l'importance stratégique pour l'avenir de la PSG et pour l'équilibre des finances sociales d'une tutelle de qualité exercée par le Territoire, la mission suggère aux autorités polynésiennes d'examiner plusieurs pistes de réorganisation substantielle.

1. La mission recommande d'abord de réunir en un seul portefeuille ministériel les affaires sociales et la santé, et d'y adjoindre explicitement la protection sociale afin de doter son détenteur d'une vision complète des enjeux financiers.
2. Elle suggère ensuite deux pistes d'organisation des directions concernées :

Scénario 1 : maintien des 3 structures distinctes (Direction des affaires sociales, direction de la santé, délégation générale à la protection sociale) en clarifiant leur champ d'intervention et en leur attribuant les moyens aujourd'hui répartis dans des structures dont la mission recommande la suppression.

- La direction des affaires sociales est chargée de la tutelle et du pilotage stratégique et financier de la branche famille, des fonds d'action sociale, du RSPF. Elle assure le suivi social de l'ensemble de la population, ce qui suppose de lui rattacher le service social du RGS (voir *supra*). Devraient lui être rattachés les personnels non médicaux du Fare Tama Hau (14 postes budgétaires, 13 agents).
- La direction de la santé est désormais en charge de la tutelle et du pilotage stratégique et financier de l'assurance maladie de chacun des trois régimes, ainsi que de la couverture accidents du travail et maladies professionnelles. A ce titre, elle coordonne avec la CPS la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, elle participe aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, elle élabore chaque année les comptes de la santé et propose au gouvernement de Polynésie un objectif annuel d'évolution des dépenses d'assurance maladie soumis au vote de l'Assemblée de Polynésie française. Elle récupère également la compétence du service des affaires économiques sur le médicament. Le transfert progressif des hôpitaux au CHPF devrait lui permettre de dégager des moyens sur ces nouvelles missions, auxquels pourront s'ajouter les effectifs de l'EPAP (10 postes budgétaires, 9 agents) et les effectifs de la maison de l'enfant et de la maison de l'adolescent du Fare Tama Hau (20 postes budgétaires, 17 agents).
- La délégation générale à la protection sociale, allégée du contrôle de légalité transféré au Haut Conseil, développe considérablement ses compétences en matière de suivi financier et budgétaire de la protection sociale. Ses moyens doivent en conséquence être renforcés, la mission suggère de lui attribuer les postes budgétaires de la délégation à la famille et à la condition féminine dont la mission recommande la suppression, ses missions relevant de la direction des affaires sociales (6 ETP).

Scénario 2 : création d'une direction de la santé, de la protection sociale et de la solidarité

La réunion des 3 structures (direction des affaires sociales, direction de la santé et délégation générale à la protection sociale) présenterait de nombreux avantages :

- sur la stratégie sociale et sanitaire, une interaction plus forte entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, susceptible d'améliorer la continuité des prises en charge
- sur la tutelle de la protection sociale, la construction d'une vision panoramique des risques, des régimes et des enjeux financiers à un échelon administratif, non directement soumis à l'instabilité ministérielle.

3. La mission recommande l'organisation de contrôles externes réguliers de la protection sociale

Le renforcement du suivi financier de la PSG par la DGPS devrait constituer un premier pas. Au-delà l'intervention de l'IGAT pourrait être envisagée, même si la CPS n'appartient pas à l'administration du territoire.

Enfin, mais cela dépasse les compétences de la Polynésie française, la mission suggère d'engager des réflexions avec les juridictions financières pour qu'au-delà des interventions, nécessairement exceptionnelles de la Cour des comptes, la Chambre territoriale des comptes puisse assurer le contrôle de la Caisse de prévoyance sociale et de chacun des régimes.

4. Enfin, la construction d'une démarche contractuelle pluriannuelle entre le Territoire et la CPS permettrait d'installer dans le temps la définition et la poursuite d'objectifs partagés, négociés et publics de gestion.



# L'Etablissement administratif pour la prévention (EPAP)

## 1. MISSIONS ET ORGANISATION

### 1.1. Les missions de l'EPAP

Aux termes de la délibération n°2001-202 APF du 6 décembre 2001, l'Etablissement administratif pour la prévention (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 ;
- ✚ Evaluer les facteurs de risques ou d'aggravation ;
- ✚ 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. »

Les missions de l'EPAP sont volontairement très larges, guidées par l'idée de consacrer des fonds de manière spécifique et transversale à toutes la prévention dans tous les domaines. Son modèle est celui d'une structure légère (9 agents) au fonctionnement autonome sur la base d'un financement par taxes affectées (voir *infra*). L'EPAP doit « s'appuyer sur les services et ministères pour ne pas intervenir dans leur champ de compétence et privilégier le travail partenarial » (site Internet). De même, il a vocation à entretenir des liens étroits avec le réseau des associations intéressées par la politique de prévention.

### 1.2. L'organisation de l'EPAP

L'EPAP est administré par un conseil d'administration (CA) comprenant :

- ✚ Le ministre de la santé, président,
- ✚ Le ministre de l'éducation, vice-président,
- ✚ Le ministre des finances ou son représentant
- ✚ Le ministre de la solidarité et de la famille ou son représentant,
- ✚ Le ministre de la jeunesse et des sports ou son représentant,
- ✚ Le ministre chargé de la sécurité routière ou son représentant
- ✚ Deux représentants de l'APF
- ✚ Deux personnalités qualifiées désignées par le conseil des ministres.

Le directeur, l'agent comptable, l'inspecteur général de l'administration ou son représentant, le contrôleur des dépenses engagées ou son représentant et le commissaire du gouvernement assistent de droit aux séances du CA avec voix consultative.

Le CA adopte les programmes généraux de l'établissement. En 2010, ce programme est limité aux secteurs sanitaire et social : vie et alimentation saine (prévention de l'obésité, promotion de la pratique du sport), prévention des pratiques à risque et de la précarisation (conduites à risques, des comportements précarisants).

Un comité technique (CT) est chargé de concevoir les projets de prévention, de suivre la mise en œuvre des programmes et de procéder à leur évaluation. Le CT est composé du directeur de l'EPAP, et de représentants qualifiés dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la solidarité et de la famille, de la jeunesse et des sports et de la sécurité routière. Ces représentants sont désignés comme des « référents », chargés de faire le lien entre l'EPAP et les ministères.

Les services de l'EPAP sont relativement resserrés (9 personnes). La directrice est assistée de deux personnes pour le secrétariat, d'une adjointe financière et d'une secrétaire comptable. Les services opérationnels se limitent à un bureau de la coordination des programmes (2 personnes) et une unité chargée de la communication (2 personnes).

L'EPAP agit comme un financeur de projets. Les décisions d'intervention sont opérées selon une procédure relativement formalisée. Tous les projets doivent s'intégrer dans le programme de l'EPAP et être validés par le ministère de tutelle. Les porteurs de projets (le plus souvent des associations) font des demandes de financement examinées par le CT, et validés soit par le directeur (projets inférieurs à 1MFcfp), soit par le CA (lorsqu'ils sont supérieurs à ce seuil).

### ***1.3. Une mission transversale dont l'application est décevante***

D'après la direction de l'EPAP, cette organisation transversale n'a pas reçu d'application concrète. Deux ministères sur cinq seulement acceptent de définir des axes de priorité pour les interventions de l'établissement, les autres lui adressent une simple liste d'actions à mettre en œuvre en leur nom. A aucun moment n'a été clarifiée la question du niveau d'intervention de l'EPAP, en complément ou en substitution des crédits de prévention ministériels.

## 2. RESSOURCES HUMAINES

Tableau 5 : Situation des effectifs de l'EPAP (2006-2009)

Fonction	2006	2007	2008	2009
Directrice	1 FPT A	1 FPT A	1 FPT A	1 FPT A
Bureau de coordination des programmes (B.C.P.)	1 fonctionnaire des cadres métropolitains (chef)	1 fonctionnaire des cadres métropolitains (chef)	1 fonctionnaire des cadres métropolitains (chef)	1 fonctionnaire des cadres métropolitains remplacé par 1 FPT A dès le 07/10 (chef)
	1 FPT A (chef adjoint)	1 FPT A (chef adjoint)	1 FPT A (chef adjoint)	1 FPT A (chef adjoint)
Bureau comptable et financier	1 FPT A (Adjoint financier)	1 FPT A (Adjoint financier)	1 FPT A (Adjoint financier)	1 FPT A (Adjoint financier)
	1 FPT C (secrétaire comptable)	1 FPT C (secrétaire comptable)	1 FPT C (secrétaire comptable)	1 FPT C (secrétaire comptable)
Communication	1 FPT A jusqu'au 02/03; vacant jusqu'au 31/12	vacant jusqu'au 01/09 fonctionnaire CEAPF à c du 2/09	1 fonctionnaire CEAPF	1 fonctionnaire CEAPF jusqu'au 01/09 remplacé par 1 FPT A le 15/10
	1 FPT B (secrétaire assistante de communication)	1 FPT B (secrétaire assistante de communication)	1 FPT B (secrétaire assistante de communication)	1 FPT B (secrétaire assistante de communication)
Secrétariat de direction	1 FPT B (secrétaire)	1 FPT B (secrétaire)	1 FPT B (secrétaire)	1 FPT B (secrétaire)
	1 FPT C (agent de bureau)	1 FPT C (agent de bureau)	1 FPT C (agent de bureau)	1 FPT C (agent de bureau)
	Total effectif : 9	Total effectif : 9	Total effectif : 9	Total effectif : 9

Source : EPAP

Les effectifs de l'EPAP sont stables. L'établissement compte 9 agents, pour 10 postes budgétaires (un poste de catégorie C est gelé). L'ensemble des postes sont occupés par des fonctionnaires titulaires.

## 3. SITUATION FINANCIERE

La situation financière de l'EPAP est marquée par l'existence de réserves importantes, qui ont fait l'objet d'une consommation au cours des derniers exercices pour compenser diminution des prélèvements affectés. Ces réserves se sont constituées du fait de l'affectation d'une ressource fiscale dépassant largement les besoins liés à l'exécution des programmes de prévention.

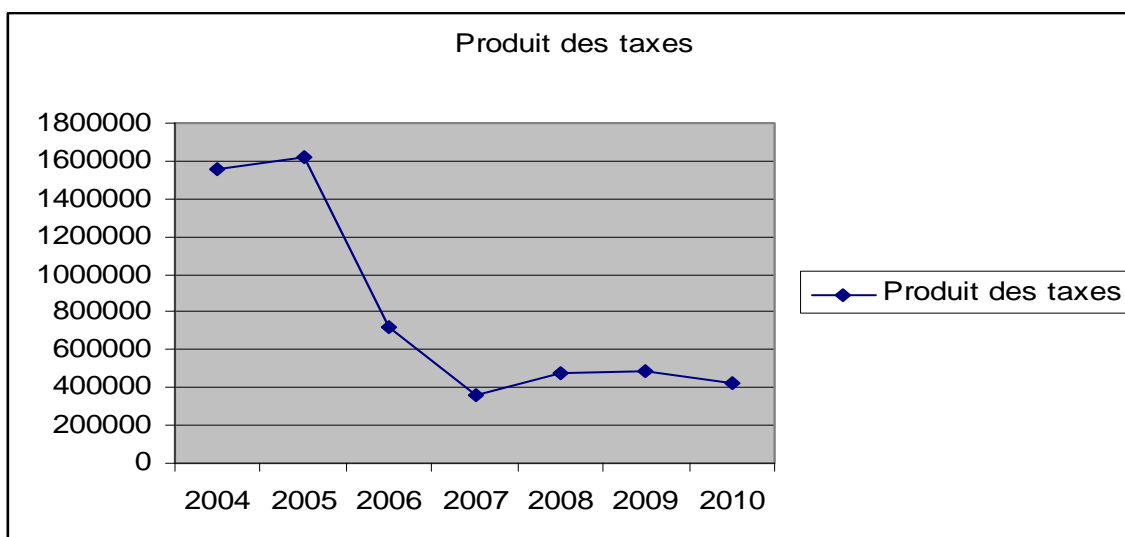
L'EPAP a en effet été financé par 3 taxes :

- ✚ La taxe à la production de boissons sucrées et de bières : elle a été retirée à l'EPAP au profit de la DS en 2006 (produit approximatif de 1 milliard de Fcfp, soit 8.3 M€) ;
- ✚ La taxe de consommation et de prévention sur les produits précités : elle a été partiellement retirée à l'EPAP entre 2006 et 2007 (l'EPAP ne percevait alors que 44% de son produit) avant de lui être à nouveau affectée en totalité (produit approximatif de 500MFcfp, soit 4 M€) ;

- Le droit sur la bière : il a été retiré à l'EPAP en 2006 pour être affecté à l'Institut de la jeunesse et des sports, pour l'entretien des installations sportives (produit approximatif de 200 MFcfp, soit 1.6 M€).

Le produit des taxes affectées à l'EPAP s'est donc effondré à partir de 2006, et se montre relativement variable depuis en fonction des décisions d'affectation ou de désaffectation de taxes à l'EPAP.

Graphique 1 : Produit des taxes affectées à l'EPAP (2005-2010)<sup>10</sup>



Source : Mission d'après rapports d'activité EPAP et budget primitif 2010

La diminution des recettes affectées ne s'est pas accompagnée d'une réduction proportionnelle des dépenses de l'EPA, de sorte qu'un déficit important s'est formé en 2006.

Tableau 6 : Résultats de l'EPAP (2007-2010)

En milliers de Fcfp		2007	2008	2009	2010 (prev)
Recettes	Fonctionnement	647125	523605	520238	420700
	Investissement	5114	6034	3903	3370
	<b>Total</b>	<b>652239</b>	<b>529639</b>	<b>524141</b>	<b>424070</b>
Dépenses	Fonctionnement	1035497	985346	916960	917700
	Investissement	12569	340	1824	700
	<b>Total</b>	<b>1048066</b>	<b>985686</b>	<b>918784</b>	<b>918400</b>
Résultats	Fonctionnement	-388372	-461741	-396722	-497000
	Investissement	-7455	5694	2079	2670
	<b>Total</b>	<b>-395827</b>	<b>-456047</b>	<b>-394643</b>	<b>-494330</b>

Source : Comptes financiers et budget primitif 2010

Les dépenses d'intervention de l'EPAP se concentrent aujourd'hui sur les domaines de l'éducation et de la jeunesse et les sports. La plupart des interventions en matière sanitaire sont directement pilotées et financées par la direction de la santé.

<sup>10</sup> 2010 : prévisions du budget primitif

Tableau 7 : Interventions- répartition des financements accordés par secteur

En milliers de Fcfp	2007	2008	2009	Répartition 2009
Santé	115524	79397	67804	9%
Education	239390	338867	345881	48%
Education non formelle (jeunesse et sports)	347811	480988	232574	32%
Solidarité famille	97403	128535	65772	9%
Sécurité routière	0	5602	5849	1%
Total en KFcfp	800128	1033389	717880	100%
En K€	6 667	8 611	5 982	

Source : Mission d'après rapports d'activité

Tableau 8 : Interventions – répartition des mandatements

En milliers de Fcfp	2007	2008	2009	Répartition 2009
Santé	119738	48180	122789	15%
Education	305129	285154	335421	42%
Education non formelle (jeunesse et sports)	382895	390230	269379	34%
Solidarité famille	90104	117581	61746	8%
Sécurité routière	10327	5486	5802	1%
Total en KFcfp	908193	846631	795137	100%
En K€	7 568	7 055	6 626	

Source : Mission d'après rapports d'activité

Les résultats négatifs sont aujourd'hui financés par le fonds de roulement de l'EPAP, provenant des réserves constituées avant 2006, grâce à l'affectation de recettes très supérieures aux dépenses.

Tableau 9 : Fonds de roulement de l'EPAP (2007-2010)

	2007	2008	2009	2010 (prev)
Fonds de roulement en KFcfp	1 556 106	1 100 059	690 480	196 150
En K€	12 967	9 167	5 754	1 634

Source : Rapports d'activité

Fin 2009, le fonds de roulement était de 690 MFcfp. Le déficit prévisionnel estimé dans le budget primitif 2010 s'élève à 494 MFcfp, de sorte que le fonds de roulement devrait permettre de financer l'activité de l'EPAP encore cette année. En 2011, les réserves seront épuisées, et la situation financière actuelle n'est plus soutenable.

#### 4. RECOMMANDATIONS

La situation financière de l'EPAP ne pourra perdurer en 2011. Par ailleurs, sa mission de coordination et de définition d'une politique transversale de prévention peine à dépasser les intérêts des divers ministères concernés, et n'a qu'une faible réalité.

En conséquence, la mission préconise de réintégrer la politique de prévention dans les services du Territoire, en affectant les crédits aux ministères concernés. L'EPAP devrait être supprimé en tant qu'établissement.

Les personnels devraient être réaffectés au Territoire. La direction de la santé pourrait en accueillir la majeure partie, afin de renforcer les moyens dont elle dispose en matière de prévention.

Les crédits de prévention devraient être réintégrés dans les budgets des différents ministères concernés en proportion des dépenses effectuées jusqu'à présent pour leur compte par l'établissement.

# Le Fare Tama Hau

## 1. MISSIONS ET ORGANISATION

### 1.1. *Mission et articulation avec d'autres structures concourant à la même politique publique*

Le Fare Tama Hau (FTH) est un établissement public administratif créé par délibération n°2004-28 APF du 12 février 2004 modifiée. Son organisation et son fonctionnement sont régis par l'arrêté n°298 CM du 18 février 2004.

Aux termes de la délibération précitée, il est chargé, « *en partenariat avec les services et autres établissements de la Polynésie française, (...) de coordonner et de mener toutes actions de prévention et de prise en charge médicale, sociale et pédagogique tendant à protéger les enfants, les adolescents et leurs familles* ». Ses missions sont « *notamment* » les suivantes :

- ✚ « *Accueillir, écouter, informer, traiter, accompagner, conseiller et orienter l'enfant en danger, l'adolescent en difficulté et leurs familles, dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale ;*
- ✚ *Développer le soutien et l'accompagnement des familles rencontrant des difficultés dans l'éducation de leur enfant ;*
- ✚ *Offrir au public accueilli un espace libre proposant diverses activités éducatives ;*
- ✚ *Proposer aux professionnels, des secteurs publics et privés concernés par la jeunesse, un soutien, notamment à travers des formations, dans la prise en charge des enfants en danger, des adolescents en difficulté et de leurs familles ;*
- ✚ *Proposer aux autorités toutes mesures permettant d'assurer la protection et l'épanouissement des enfants et des adolescents ».*

Avant l'arrêté n°1420 CM du 28 août 2009, le Fare Tama Hau avait également pour mission de :

- ✚ « *Rechercher et définir les modalités de la coordination avec toutes les structures publiques et privées concernées ;*
- ✚ *Recueillir et analyser les données chiffrées et les études en provenance de toutes les autorités et institutions publiques et privées ».*

La création du FTH répondait au souci de distinguer une réponse médico-sociale particulière pour les adolescents. La compétence enfance a été ajoutée au projet, alors même qu'il s'agit par ailleurs d'une compétence exercée par la direction des affaires sociales (DAS).

### 1.2. *Organisation de l'établissement*

D'après l'organigramme transmis par la direction du Fare Tama Hau, les services se composent de 4 unités opérationnelles ; deux unités de soins et deux unités à caractère préventif :

- ✚ La maison de l'enfant (13 postes)
- ✚ La maison de l'adolescent (9 postes)
- ✚ L'observatoire de l'enfant (3 postes)
- ✚ La « ligne verte », service d'écoute téléphonique d'urgence gratuite (11 postes).

Les fonctions support sont assurées par le pôle administratif et financier (8 postes).

L'analyse du DUOG fait ressortir une répartition légèrement différente, la direction, englobant dans cette présentation le pôle administratif, comprenant 10 postes budgétaires.

Tableau 10 : Postes budgétaires 2010

	A	B	C	D	Total
Direction	2	3	2	3	10
Maison de l'adolescent	5	5	2		12
Maison de l'enfant	3	3	2		8
Observatoire	2	1			3
Ligne verte	1	1	9		11
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>44</b>

Source : DUOG

### 1.3. Gouvernance de l'établissement

L'établissement est administré par un conseil d'administration qui comprend :

- ✚ Le ministre de la famille, président,
- ✚ Le ministre de la santé, vice président,
- ✚ Le ministre de l'éducation,
- ✚ Le ministre de la jeunesse,
- ✚ Deux représentants de l'APF,
- ✚ Le directeur de l'EPAP,
- ✚ Deux représentants de la société civile reconnus pour leurs compétences, désignés par le président de la Polynésie française.

La forme de l'établissement public s'explique par la volonté, en 2004, d'isoler les missions d'accueil et d'écoute des adolescents et des enfants des services de la direction de la santé et de la direction des affaires sociales. Le directeur de l'établissement estime que cette forme présente aujourd'hui l'intérêt de permettre une plus grande réactivité et de disposer d'une vue inter directionnelle au sein du CA.

### 1.4. Les moyens de l'établissement

Les financements de l'établissement proviennent de deux sources distinctes :

- ✚ Une subvention du pays (180MFcfp en 2009, soit 1.5 M€) ;
- ✚ Une subvention de l'EPAP (55MFcfp en 2009 soit 458 K€) destinée au financement de la « ligne verte ».

Avec la direction de l'établissement, le Fare Tama Hau comptait 44 postes budgétaires en 2008.

Le Fare Tama Hau est logé dans un bâtiment de trois étages sur le site du port de Papeete, dit le « Royal Confort ». Le bâtiment est ancien, peu pratique car très excentré, et présenté par la direction comme dangereux, bien que la commission de sécurité n'ait émis aucun avis négatif documenté. Le FTH s'est vu affecter en 2008 une parcelle au Taaone en vue de l'édification de nouveaux locaux.



## 2. RESSOURCES HUMAINES

Tableau 11 : Postes pourvus 2010

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
Direction	2	3	2	3	10
Maison de l'adolescent	3	4	2		9
Maison de l'enfant	2	3	2		7
Observatoire	1	1			2
Ligne verte	1	1	9		11
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>39</b>

Source : DUOG

Tableau 12 : Répartition des postes pourvus par statut

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
Détaché	1				1
Titulaire	6	9	15	3	33
Fonctionnaire stagiaire	2				2
ANT		3			3
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>39</b>

Source : DUOG

39 postes sont pourvus sur les 44 postes ouverts. Ils sont occupés par 36 fonctionnaires et 3 non titulaires en CDD. Ne sont pas pourvus 3 postes de psychologues, une infirmière et un cadre socio-éducatif.

Tableau 13 : Répartition des postes pourvus par âges

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>Total</b>
25-35	3	7	6	2	18
35-45	3	1	6	1	11
45-55	2	2	2		6
55-60	1	2			3
>60			1		1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>39</b>

Source : DUOG

Les effectifs du FTH sont relativement jeunes, puisque seuls 4 agents sur 39 ont plus de 55 ans, dont un plus de 60 ans (tous fonctionnaires titulaires).

### 3. SITUATION FINANCIERE

Tableau 14 : Résultats comptables de Fare Tama Hau (2005-2009)

En milliers de Fcfp		2005	2006	2007	2008	2009	Evolution
Charges	Personnel	181940	189320	202966	231942	214182	18%
	Charges financières						
	Charges exceptionnelles	41695	8740		3435	2258	
	Autres	68724	68066	81034	79902	93222	36%
	<b>Total</b>	<b>292359</b>	<b>266126</b>	<b>284000</b>	<b>315279</b>	<b>309662</b>	<b>6%</b>
Produits	Subventions	299800	323400	262541	306069	234738	-22%
	Autres	0	3504	3057	239	2455	
	Produits financiers						
	Produits exceptionnels	7966	11056	23668	11941	33344	
	<b>Total</b>	<b>307766</b>	<b>337960</b>	<b>289266</b>	<b>318249</b>	<b>270537</b>	<b>-12%</b>
<b>Résultat</b>	<b>En KFcfp</b>	<b>15407</b>	<b>71834</b>	<b>5266</b>	<b>2970</b>	<b>-39125</b>	
	<b>En K€</b>	<b>128.4</b>	<b>598</b>	<b>44</b>	<b>25</b>	<b>-326</b>	

Source : Comptes financiers

Le Fare Tama Hau est un établissement structurellement excédentaire depuis sa création. La Pays a commencé à réduire ses subventions en 2009, de manière assez sensible (de 306 à 235 MFcfp). Le résultat est devenu déficitaire en 2009 (-39 MFcfp).

Tableau 15 : Eléments de bilan (2006-2009)

En milliers de Fcfp	2006	2007	2008	2009	Evolution
Actif immobilisé brut	196844	206928	213265	307455	56%
Actif immobilisé net	178219	175678	167766	225027	26%
FR consolidé	150530	139068	138087	98421	-35%
Solde compte au Trésor	180611	168668	166608	106562	-41%
Trésorerie / dépenses annuelles	62%	62%	53%	35%	-27 pts

Source : Comptes financiers

Les résultats excédentaires se sont traduits par le maintien d'un niveau de trésorerie important, représentant plus d'une année de dépenses jusqu'en 2008. En 2009, ce niveau se réduit considérablement à 35%.

Les excédents du Fare Tama Hau ont par ailleurs été utilisés pour renforcer l'actif immobilisé de l'établissement entre 2006 et 2009. L'actif immobilisé brut passe de 197 MFcfp à 307 MFcfp (+56%).

#### **4. RECOMMANDATIONS**

L'analyse des motivations et de l'intérêt de maintenir une structure dédiée a été conduite avec la direction de l'établissement. Seul a été évoqué l'intérêt de disposer d'une gestion plus souple. Ni le contenu de la politique publique mise en œuvre, ni la nécessité d'associer plus étroitement d'autres acteurs ne justifient la forme de l'établissement public. L'argument selon lequel la gestion serait plus souple est largement contrebalancé par les difficultés de coordination avec les autres missions de protection de l'enfance exercées par ailleurs par la DAS ou de prévention exercées par l'EPAP. Par exemple, la DAS a indiqué vouloir développer la médiation parent / enfant, qu'assure le FTH. La DS gère des structures aux compétences voisines de celles du FTH, dans le cadre des missions de protection maternelle et infantile. Par ailleurs, la gestion de subventions variables et ajustées selon le niveau de trésorerie de l'établissement, qui était encore élevé fin 2009, n'est pas satisfaisante.

En conséquence, la mission recommande la réintégration du Fare Tama Hau au sein des services du Territoire.

Une organisation possible serait d'affecter la Maison de l'enfant et la Maison de l'adolescent à la DS, d'une part, et d'intégrer le service de « ligne verte » et l'observatoire de l'enfant à la DAS, du fait de la proximité de ces dernières fonctions avec le service de l'aide sociale à l'enfance. A charge pour la DS et la DAS d'assurer une meilleure coordination des attributions et un redéploiement des ressources, en particulier de personnel, vers les missions qui le nécessitent le plus fortement. A charge également pour le Territoire d'assurer une bonne coordination des missions sanitaires et sociales, soit au sein d'un ministère unique regroupant la santé et les affaires sociales, soit au sein d'une direction fusionnée. Dans l'intervalle, la mission préconise de geler les affectations de poste et les renouvellements de CDD au FTH.

## **Annexe 25**

### **L'assurance maladie**

<b>L'ASSURANCE MALADIE .....</b>	<b>1</b>
1. LA DEGRADATION RAPIDE DE LA SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE SUPPOSE D'EXPLORER TOUTES LES PISTES DE MAITRISE DES DEPENSES .....	3
1.1. <i>La situation financière dégradée de l'assurance maladie</i> .....	3
1.2. <i>L'économie de la santé en Polynésie</i> .....	5
1.3. <i>Les premières pistes de maîtrise des dépenses étudiées dans le cadre des projets de réforme de la PSG (PSG2) vont dans le bon sens</i> .....	7
2. LE RETOUR A L'EQUILIBRE SUPPOSE D'AGIR A LA FOIS SUR LE PRIX DE LA SANTE ET SUR LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE .....	9
2.1. <i>Revoir le mode de financement des établissements de soins</i> .....	9
2.1.1. Le CHPF .....	9
2.1.2. Les autres établissements publics de santé .....	12
2.1.3. Les établissements de soins privés .....	13
2.2. <i>Agir sur le prix des soins ambulatoires et des produits de santé</i> .....	14
2.2.1. Médecins et autres professions de santé .....	14
2.2.2. Les produits de santé .....	19
2.3. <i>Les évacuations sanitaires</i> .....	23
2.3.1. Les évacuations sanitaires internationales .....	23
2.3.2. Les évacuations sanitaires inter-îles .....	24
2.4. <i>Augmenter la participation des assurés au financement et aux dépenses de l'assurance maladie</i> .....	25
CONCLUSION .....	26

La Polynésie française consacre une partie importante de sa richesse aux dépenses de santé, qui représentent en 2008 près de 13 % du PIB<sup>1</sup>. La dégradation rapide de la situation financière de l'assurance maladie depuis 2006, liée à la fois à une diminution des recettes après une importante baisse des taux de cotisation, à une progression régulière de la demande de soins d'une population vieillissante et marquée par la prévalence importante de maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires) et à un prix élevé de la santé, constitue l'une des principales préoccupations des autorités polynésiennes et des partenaires sociaux.

L'accumulation de déficits importants et croissants depuis 2006 fait peser un risque majeur sur la pérennité de la protection sociale généralisée.

Les conditions du financement de l'assurance maladie sont largement développées dans l'annexe consacrée à ce thème. La recherche de l'équilibre pérenne des finances sociales et de l'assurance maladie rend aujourd'hui la maîtrise des dépenses impérative et urgente.

La mission considère qu'une double action doit être menée : sur le prix de la santé et sur le niveau de socialisation du risque (taux de prise en charge). Elle propose donc deux types de mesures :

- des actions de très court terme sur l'assurance maladie pour retrouver des conditions d'équilibre (prix des produits de santé, honoraires, taux de prise en charge) ;
- des actions de court et moyen termes sur l'offre de soins, ambulatoire et hospitalière, pour doter la Polynésie française des outils de régulation des dépenses de santé.

## **1. LA DEGRADATION RAPIDE DE LA SITUATION FINANCIERE DE L'ASSURANCE MALADIE SUPPOSE D'EXPLORER TOUTES LES PISTES DE MAITRISE DES DEPENSES**

### *1.1. La situation financière dégradée de l'assurance maladie*

La protection sociale généralisée a permis en une quinzaine d'années d'offrir à la population polynésienne une couverture du risque maladie généreuse : les dépenses de soins sont remboursées à hauteur de 80 % (honoraires, prescriptions) pour les soins de ville, à 100 % pour l'hospitalisation et les longues maladies.

Le recours aux soins a progressé de manière spectaculaire dans un contexte de développement de la médecine libérale et de vieillissement de la population. Depuis 1996, la progression des dépenses d'assurance maladie est bien supérieure à celle de la couverture et les dépenses par affilié ont crû de près de 75 %. Aujourd'hui, l'assurance maladie représente près de 50 % des ressources de la PSG.

Tableau 1 : La montée en charge de l'assurance maladie depuis la création de la PSG

	1996	2000	2004	2008	2008/1996
Population couverte	200 765	219 070	239 895	260 014	+ 30 %
Dépenses AM en MFcfp	21 582	29 111	36 953	48 489	+ 125 %
En M€	180	242	308	404	
Dépense par affilié	107 498	132 884	154 038	186 486	+ 73 %

Source : CPS

<sup>1</sup> Comptes de la santé, direction de la santé

Tableau 2 : L'assurance maladie du RGS – résultats nets

RGS	2005	2006	2007	2008	2009	2010 <sup>2</sup>
MFcfp	2439	-2146	-4119	-2971	-5150	-5973
M€	20.3	-18	-34.3	-24.7	-43	-49.7

Source : Comptes certifiés et BP pour 2010

Tableau 3 : Prestations en nature

Régime <sup>3</sup>	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2005
RGS	24 782	26 932	28 541	29 975	32 064	+ 23%
RNS	2 511	2 707	2 882	2 966	2 912	+ 14 %
RSPF	9 107	9 749	10 679	11 103	11 384	+ 20 %
SECU <sup>4</sup>	3 521	3 847	4 230	4 328	4 537	+ 22 %
<b>Total MFcfp</b>	<b>39 921</b>	<b>42 235</b>	<b>46 332</b>	<b>48 372</b>	<b>50 897</b>	<b>+ 22 %</b>
<b>M€</b>	<b>332.7</b>	<b>352</b>	<b>386</b>	<b>403</b>	<b>424</b>	

Source : CPS / MF

Tableau 4 : Synthèse des dépenses de santé des 3 régimes

MF	RGS 2009	RSPF 2009	RNS 2009	PSG 2009	RGS B2010	RNS B2010	RSPF 2010	PSG 2010	PART
CHPF	9 992	4 741	692	<b>15425</b>	10 903	744	4 958	<b>16 605</b>	<b>35 %</b>
Médecins conventionnés	3 994	713	437	<b>5144</b>	3 788	418	673	<b>4 879</b>	<b>10 %</b>
Pharmacie	5 213	1 443	537	<b>7193</b>	5 292	545	1 465	<b>7 302</b>	<b>15 %</b>
Autres Professions de santé	4 090	1 154	418	<b>5662</b>	4 198	426	1 195	<b>5 819</b>	<b>12 %</b>
Cliniques	3 062	642	304	<b>4008</b>	3 134	296	648	<b>4 078</b>	<b>8.5 %</b>
Etablissements publics	1 121	745	74	<b>1940</b>	1 139	76	757	<b>1 972</b>	<b>4 %</b>
Fournisseurs	1 398	581	139	<b>2118</b>	1 436	143	595	<b>2 174</b>	<b>4.5 %</b>
Associations et centres	927	422	41	<b>1390</b>	1 019	45	464	<b>1 528</b>	<b>3 %</b>
Hors territoire <sup>5</sup>	2 255	939	270	<b>3464</b>	2 316	280	965	<b>3 561</b>	<b>7.5 %</b>
FMC <sup>6</sup>	11	4	1	<b>16</b>	11	1	4	<b>15</b>	-
<b>Total</b>	<b>32064</b>	<b>11384</b>	<b>2 912</b>	<b>46360</b>	<b>33 237</b>	<b>2 973</b>	<b>11 723</b>	<b>47 933</b>	

Source : CPS. Budget 2010

<sup>2</sup> Prévisions du budget 2010

<sup>3</sup> RGS : régime général des salariés ; RNS : régime des non salariés ; RSPF : régime de solidarité de Polynésie française

<sup>4</sup> Remboursements de la sécurité sociale de métropole à la CPS / référence de la convention

<sup>5</sup> Il s'agit des évacuations sanitaires internationales

<sup>6</sup> Formation médicale continue

## **1.2. L'économie de la santé en Polynésie**

En l'absence de comptes publiés, la connaissance de l'économie de la santé est compliquée par la multitude d'intervenants et de procédures financières. L'absence de suivi des dépenses d'assurance maladie par les autorités polynésiennes, au-delà de la constatation *a posteriori* des déficits cumulés, pourrait être corrigée par l'exercice que vient de réaliser la direction de la santé du Territoire sur les comptes de la santé en 2008<sup>7</sup> et qui a donné lieu à une communication du Ministre de la Santé en Conseil des ministres. Il semble d'autant plus important de reprendre cet exercice interrompu depuis 1998 que l'assurance maladie traverse une crise financière sans précédent.

L'économie de la santé représenterait environ 13 % du PIB en Polynésie. En 2008, la consommation médicale totale<sup>8</sup> représentait plus de 62 milliards de Fcfp (516 M€) et la dépense courante de santé près de 72 milliards (600 M€), pour des dépenses d'assurance maladie légèrement supérieures à 45 milliards (375 M€). La recherche de l'équilibre des comptes sociaux porte bien sur les 50 milliards de l'assurance maladie mais il est important de les resituer dans un premier temps dans le cadre plus large des dépenses de santé totales.

---

<sup>7</sup> Les définitions et le détail de la consommation médicale totale et de la dépense courante de santé sont présentés en pièce jointe.

<sup>8</sup> Dépense courante de santé (DCS) : sommes qu'engagent les financeurs du système. Son périmètre est plus large que la consommation médicale totale (CMT) car elle intègre les indemnités journalières, la prévention collective, la recherche, l'enseignement et l'administration sanitaire.

Consommation médicale totale (CMT): valeur des biens et services médicaux utilisés sur le territoire par les résidents et non résidents. Elle comprend la consommation de biens et services médicaux et la consommation de services de médecine préventive, à l'exception de la médecine militaire et de la médecine pénitentiaire pour lesquelles l'Etat n'a pas fourni d'informations



Tableau 5 : La consommation médicale totale en 2008<sup>9</sup>

MF	Montants	Part	1994/2008
<b>CSBM<sup>10</sup> dont</b>	<b>60 416</b>		
	<b>28 815</b>	<b>46 %</b>	<b>+ 87%</b>
Soins hospitaliers	CHPF	62 %	+ 94%
	Hôpitaux publics	12 %	+ 142 %
	Privé	17 %	+ 48 %
	Hors territoire	9 %	+ <b>125 %</b>
	<b>19 536</b>	<b>32 %</b>	<b>+ 216 %</b>
Soins ambulatoires	Médecins	27 %	+ <b>158 %</b>
	Autres prof	20 %	+ <b>551 %</b>
	Dispensaires	16 %	+ <b>34 %</b>
	Dentistes	14 %	+ <b>161 %</b>
	Autres structures	9 %	
	Labo (hors CHPF) <sup>11</sup>	9 %	+ <b>166%</b>
	Radios (hors CHPF)	4 %	
Transports	1 805	3 %	
Médicaments et prothèses	<b>10 260</b>	16 %	+155 %
Moins double compte ILM	83		
<b>CSMP<sup>12</sup> dont</b>	<b>2 224</b>		
Services de prévention individuelle	1 851	3 %	
Service de médecine du travail	373	1 %	
<b>CMT</b>	<b>62 556</b>		

Source : Direction de la santé

En 2008, la dépense courante de santé est de 71 985 MF CFP<sup>13</sup> contre 31 426 MF en 1994 (+ 129 %, soit 9 % par an). Cela correspond à une dépense de 274 000 F CFP par habitant et par an, équivalente aux montants constatés en Nouvelle Calédonie (264 509 F CFP), inférieure à la métropole (346 910 F CFP).

Tableau 6 : La dépense courante de santé en 2008

Dépenses en faveur des malades	68 249
Dépenses en faveur du système de soins	735
Dépenses de gestion générale de la santé	3 000
<b>Total</b>	<b>71 985</b>

Source : Direction de la santé

<sup>9</sup> Cf pièce jointe n° 1 pour le détail de la CMT et de la DCS

<sup>10</sup> Consommation de services et de biens médicaux

<sup>11</sup> Le CHPF dispose de la seule IRM de PF, d'un des deux scanners ; la mise en place de la chaîne automatisée pour la biologie va considérablement renforcer ses capacités. Or on ne dispose pas des données.

<sup>12</sup> Consommation de services de médecine préventive

<sup>13</sup> Manquent les indemnités journalières sécurité sociale versées aux fonctionnaires de l'Etat

Le financement de ces dépenses est pris en charge à hauteur de 79 % par des cotisations sociales, de 12 % par la CST et de taxes affectées, et moins de 7 % (6,7) par les ménages (4.2 Mds F CFP). En métropole, la part qui reste à la charge des ménages est de 23 %, dont près de 14 % couverts par des mutuelles ou des assurances privées qui n'existent pas en Polynésie. Après les couvertures complémentaires, environ 10 % des dépenses restent à la charge des ménages.

Tableau 7 : Part des différents financeurs de la santé en 2008

	Cotisations	Ménages	CST et taxes affectées	Etat	Autres
Consommation médicale totale	78.9 %	6.7 %	11.9 %	1.2 %	0.7 %
Dépense courante de santé	78 %	5.7 %	12.4 %	1.5 %	0.7 %

Source : Direction de la santé

**Recommandation n°1 :** La mission recommande à la collectivité de renouveler chaque année cet exercice d'analyse des comptes de la santé, et de présenter sur cette base un objectif annuel de dépenses de l'assurance maladie à l'APF.

### 1.3. Les premières pistes de maîtrise des dépenses étudiées dans le cadre des projets de réforme de la PSG (PSG2) vont dans le bon sens

Dans un contexte de croissance rapide, régulière et en partie inévitable des dépenses de santé, le niveau de cotisations sociales permettait encore en 2005 d'assurer l'équilibre des régimes. La baisse importante des taux a conduit à une dégradation très rapide des comptes de l'assurance maladie.

Depuis 3 ans, plusieurs tentatives de maîtrise des dépenses de santé n'ont pu être menées à leur terme. Les projets de réforme de la PSG présentés à l'Assemblée de Polynésie française ont semble-t-il rencontré une forte opposition des professions de santé qui estimaient avoir été insuffisamment associées aux réflexions.

L'ensemble des paramètres susceptibles de contribuer à une politique globale de maîtrise des dépenses ont donc déjà fait l'objet de réflexions, de simulations approfondies sur lesquelles la mission s'est largement appuyée pour bâtir ses scénarios. Il est en effet important de souligner ici la qualité et l'importance du travail réalisé et resté sans suite.

Le lancement des réflexions sur la réforme de la protection sociale généralisée a permis d'établir un certain nombre de constats consensuels, que la mission partage pour l'essentiel :

- l'assurance maladie est très généreuse, au bénéfice de l'ensemble des Polynésiens ;
- l'offre de soins dans les îles, hors Tahiti, est insuffisante (voir *infra*) et la politique de santé publique mérite d'être développée ;
- la demande de soins sera amenée à croître régulièrement ainsi que le poids de la longue maladie<sup>14</sup>.

Plusieurs pistes de réflexions et de réformes ont été identifiées :

- Comment éviter les risques de désertification médicale dans certaines îles<sup>15</sup> ? Le renforcement des moyens de la direction de la santé, notamment des dispensaires, la mise en place de dispositifs incitatifs à l'installation de libéraux, le développement de services de soins de suite et réadaptation et de long séjour pour réduire la durée moyenne d'hospitalisation ont été envisagés.

<sup>14</sup> 10 % des assurés, soit 27 000 personnes, 50 % des dépenses de l'assurance maladie.

<sup>15</sup> Cf *infra* les éléments d'analyse de la démographie des professions de santé qui confirment ce constat

- Sur la maîtrise des dépenses, la philosophie générale de ce projet était de mettre l'ensemble des acteurs de la santé à contribution sans tenir compte de l'adéquation actuelle de leurs moyens à leurs missions, d'où par exemple la proposition d'une baisse de 5 % pour l'ensemble des offreurs de soins.
- Des actions directes sur le prix des produits de santé sont envisagées : baisse du prix des médicaments, substitution des génériques, encadrement du prix de l'appareillage.
- Une plus forte participation des patients est recherchée par l'augmentation du ticket modérateur, l'introduction d'un forfait hospitalier et d'un ticket modérateur pour la longue maladie. L'ensemble de ces mesures était supposé être accompagné d'une politique visant à favoriser l'implantation de mutuelles en Polynésie française.
- Sur la recherche de financements complémentaires, il est envisagé de renforcer le poids de la fiscalité, et donc la contribution du Pays à l'assurance maladie, d'augmenter les cotisations sociales mais aussi d'en élargir l'assiette en y soumettant de les fonctionnaires d'Etat ainsi que les avantages en nature.
- Enfin des mesures générales de gouvernance de la santé et de l'assurance maladie sont proposées : renforcement de la régulation de la médecine de ville, généralisation de la tarification à l'activité, mise en place d'un panier de soins (liste limitative de soins donnant lieu à remboursements)...

On voit bien que l'ensemble des pistes ont été explorées, dans le cadre d'une réforme globale de la PSG, et ce, il y a moins d'un an. Les seules réserves de fond qu'émet la mission sur ce projet concernent d'une part l'application uniforme d'une baisse de 5 % des dotations de l'ensemble des offreurs de soins, sans tenir compte de leur situation actuelle et d'autre part l'introduction d'un ticket modérateur pour la longue maladie dont les effets sanitaires et sociaux paraissent trop lourds au regard du faible impact qu'une telle mesure pourrait avoir sur la demande de soins.

#### **Les principales propositions de réforme de l'assurance maladie en 2009 (PSG 2)**

Ces orientations ont été présentées à l'APF en juillet 2009, autour de 2 axes : la redéfinition des prises en charge et la maîtrise des dépenses d'une part, la redéfinition des ressources par une nouvelle répartition entre les cotisations sociales et la fiscalité. Les mesures ont été différenciées selon l'échéance de leur impact :

Mesures à impact immédiat :

- augmentation du ticket modérateur de 20 à 30 % (100 MF CFP par point soit 1 030 MF CFP), instauration d'un ticket modérateur de 10 % pour la longue maladie pour les soins ambulatoires et le médicament (90 MF CFP d'économies par point sur l'ambulatoire, soit 900 d'économies et 54 MF CFP d'économies par point sur le médicament, soit 540, total 1 430 MF CFP), introduction d'un forfait hospitalier (200 MF CFP), développement des mutuelles. Ces mesures de baisse de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie devaient permettre d'éviter 2 660 MF CFP de dépenses pour l'assurance maladie.
- cotisation minimale obligatoire pour tous les polynésiens, dé plafonnement des cotisations et définition de ressources fiscales complémentaires

Mesures à impact différé :

- mise en place d'une mutuelle pour la longue maladie, redéfinition de la structure du prix du médicament, encadrement des tarifs des TIPS et appareillages, politique de substitution du générique

D'autres mesures ont été présentées : sur proposition du gouvernement, l'APF pourrait arrêter un taux directeur global d'augmentation des dépenses de santé ; le renforcement des structures de santé publique dans les îles et à Tahiti devait être lancé par le Pays ; la CPS devait être encouragée et soutenue à encadrer et sanctionner les professionnels de santé dans le cadre de la vie conventionnelle.

Les simulations réalisées par la CPS<sup>16</sup>, sur la base de la répartition de la charge en quatre quarts (professions de santé, Pays, cotisants et patients) concluaient à des résultats très ambitieux :

- 1 955 MF CFP pour les professions de santé

<sup>16</sup> Voir pièce jointe n° 2

- 1 890 MF CFP pour le Pays
- 1 946 MF CFP pour les cotisants
- 3 660 MF CFP pour les patients

Soit au total, 9 452 MF CFP de dépenses évitées ou de nouvelles recettes, pour un besoin de financement alors estimé à 7 561 MF CFP. On enregistre donc même un surplus de recettes de 1 891 MF CFP essentiellement lié au niveau des charges pesant sur les patients.

## 2. LE RETOUR A L'EQUILIBRE SUPPOSE D'AGIR A LA FOIS SUR LE PRIX DE LA SANTE ET SUR LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Le poids de l'hospitalisation (46 %), des soins de ville (32 %) et des produits de santé (16 %) dans les dépenses d'assurance maladie doivent conduire à se concentrer sur ces trois postes. Leur évolution depuis 1998 est très variable (+ 87, + 216 et + 155 %), ils sont plus ou moins contraints (frais de structure des établissements), et leur réponse aux besoins spécifiques de la Polynésie (isolement et dispersion) est également variable. La mission essaiera donc, plutôt que de proposer un taux unique de réduction des dotations globales, des tarifs ou des prix, d'avoir une approche différenciée de ces trois postes, en fonction notamment de comparaisons avec les montants pratiqués en Nouvelle Calédonie.

### 2.1. Revoir le mode de financement des établissements de soins

#### 2.1.1. Le CHPF

Tableau 8 : Le financement du CHPF en 2010

MF	RGS	RNS	RSPF	SECU	TOTAL
Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (dont activités nouvelles)	6 736 (78)	402 (5)	2 916 (34)		<b>10 053</b> <b>(116)</b>
Nouvel hôpital	841	50	364		<b>1 255</b>
Sous-total DGF MCO	7 576	452	3 279		<b>11 307</b>
Psychiatrie (dont Pays)	170	24	412		<b>606</b> <b>(12)</b>
<b>Dotation globale de fonctionnement totale</b>	<b>7 746</b>	<b>476</b>	<b>3 692</b>		<b>11 914</b>
T2A	1 825	109	790		<b>2 724</b>
Contrats d'objectifs et de moyens	117	51	7		<b>175</b>
Hors dotation	1 215	152	426	1 270	<b>3 063</b>
<b>Total MFcfp</b>	<b>10 903</b>	<b>744</b>	<b>4 958</b>	<b>1 270</b>	<b>17 875</b>
<b>Total M€</b>	<b>90.8</b>	<b>6.2</b>	<b>41.3</b>	<b>10.6</b>	<b>149</b>

Source : CPS, budget 2010

Les modalités de financement du CHPF sont définies dans l'arrêté du 12 septembre 1988 (financement par le prix de journée qui continue de s'appliquer de manière résiduelle pour les non affiliés à la PSG) et la délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 qui pose le principe de la dotation globale de fonctionnement (DGF) dont le montant est fixé annuellement par des conventions entre les régimes de protection sociale et l'établissement. Ces conventions n'entrent en vigueur qu'après approbation en conseil des ministres. L'objectif clairement énoncé dans l'exposé des motifs de cette délibération, censée mettre fin au prix de journée<sup>17</sup>, est la maîtrise des dépenses d'hospitalisation.

Sans aucune définition des critères d'attribution de cette DGF, sans articulation des calendriers budgétaires, la convention cadre CPS-CHPF du 25 octobre 1999 a fait l'objet d'avenants annuels dont certains ont modifié assez substantiellement les conditions de financement de l'établissement. CPS et CHPF ont ainsi retiré par voie d'avenant simple l'hospitalisation de jour du champ de la dotation globale (forfaits hébergement, actes pratiqués et produits pharmaceutiques) facturables en sus des dotations. Les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables sont donc sortis de la DGF. En définitive, les financements « hors dotation » de certaines dépenses identifiées dans des avenants successifs ont fini par représenter environ 3, Mds F CFP contre 12 en DGF.

De nombreuses décisions modificatives sont intervenues alors que la délibération limite leur intervention à la force majeure et au cas fortuit. Les recettes du groupe 1 (la dotation globale) ne représentent plus que les 2/3 des recettes ; celles des groupes 2 et 3 représentant le dernier tiers.

En 2006, une nouvelle étape est franchie avec l'introduction dans l'avenant n° 6 à la convention cadre d'une forme singulière de tarification à l'activité. On identifie au sein de la dotation globale une part forfaitaire de financement à l'activité, équivalente à 20 % de la DGF, dont elle est retirée. Cette prévision est ajustée ensuite en fonction de l'activité, connue plus de 18 mois après l'exercice quand les données du PMSI sont disponibles. Seuls des ajustements à la hausse ont été réalisés : 292 MF CFP au titre de 2006 versés en 2007 (100 MF CFP) et 2008 (192 MF CFP) ; 270 MF CFP au titre de 2007 versés en 2008, soit au total 562 MF CFP. Peut-être faudrait-il ajouter une somme de 271 MF perçue début 2008 par le CHPF qui en ignore l'origine exacte et qui l'a donc enregistrée en produits exceptionnels.

L'ensemble des acteurs porte un regard très critique sur les modalités actuelles de financement du CHPF, qui ne permettent pas selon la Chambre territoriale des comptes d'avoir une vision globale des produits de l'établissement et donc de mener une politique de maîtrise des dépenses.

Selon la CPS, la DGF introduite en 2000 a d'emblée dépassé la somme des prix de journée en reprenant d'importantes sommes non recouvrées. Elle a donc été surestimée si bien qu'en 2006, la mise en place de la T2A a été conçue comme un moyen de corriger cette sur-dotation initiale. Faute d'outils de base nécessaires à sa mise en place (information médicale, comptabilité analytique), elle a en fait été une T2A de façade qui a donné lieu à une augmentation importante des ressources du CHPF.

Faute de précision dans les mécanismes de calcul de la T2A, le CHPF n'a aucune certitude quant à la réalité de ses créances sur la CPS, il n'émet donc pas de titre de recettes en temps réel, les constate en produits exceptionnels quand elles sont versées, l'ensemble de ces opérations faussant l'interprétation des résultats de l'établissement.

---

<sup>17</sup> L'introduction de la DGF en 1998 n'a pas changé fondamentalement le fonctionnement de l'établissement qui a continué de facturer l'hospitalisation complète comme à l'époque du prix de journée.

Tableau 9 : Evolutions des produits de fonctionnement du CHPF depuis 2006

MF	2006	2007	2008	2009	BP2010 MAMA0	BP2010 TAAONE	2010/2006
<b>DGF</b>	<b>11 617</b>	<b>12039</b>	<b>12 407</b>	<b>13 039</b>	<b>12 952</b>	<b>14 206</b>	<b>+11.5%</b>
Dotation Globale	9 006	9367	9 648	10 138	10 053	11 307	+11.6%
Tarifcation à l'Activité	2 498	2559	2 646	2 725	2 724	2 724	+8%
Contrats d'objectifs et de Moyens	113	113	113	175	175	175	+55%
<b>Hors Dotation Globale</b>	<b>3304</b>	<b>3601</b>	<b>3 548</b>	<b>3 602</b>	<b>3 739</b>	<b>3 739</b>	<b>+13%</b>
<b>Produits hospitaliers</b>	<b>14921</b>	<b>15640</b>	<b>15 955</b>	<b>16 641</b>	<b>16 691</b>	<b>17 945</b>	<b>+11.8%</b>
Autres projets	19		18	0			
Consultations avancées	40	14	9	10	10	10	
Autres produits	371	327	1 789	1 340	399	399	
<b>Section de fonctionnement</b>	<b>15292</b>	<b>15980</b>	<b>17 744</b>	<b>18 281</b>	<b>17 090</b>	<b>18 344</b>	<b>+11.8%</b>

Source : Mission. Comptes administratifs du CHPF

La T2A a en réalité aggravé l'absence de maîtrise des dépenses, en l'absence de révision des tarifs en fonction des prix de revient, elle a eu un caractère fortement inflationniste, les hausses tarifaires intervenant dans une logique de rattrapage de la dotation globale jugée insuffisante. Les tarifs ont d'ailleurs progressé de manière uniforme : entre 31 et 32 % de 2002 à 2009. L'inscription en produits exceptionnels en 2008, ou encore en produits financiers en 2007, fausse complètement l'interprétation des comptes qui laissent apparaître une augmentation de la T2A de seulement 8 % depuis 2006. En définitive, dans ce système l'assurance maladie finance à l'aveugle. L'hôpital lui-même reconnaît les limites du dispositif.

Le constat sévère établi par la Chambre territoriale des comptes<sup>18</sup> sur les modalités de financement du CHPF est partagé par la mission qui recommande par conséquent de le simplifier de manière conséquente afin de rétablir la transparence du dialogue entre l'opérateur et ses financeurs, l'assurance maladie pour l'essentiel et le Pays de manière subsidiaire.

La perspective du nouvel hôpital, ainsi que le projet de rattachement des établissements de la direction de la santé au CHPF, rendent cette opération de clarification d'autant plus urgente.

Dans un système théorique, on peut considérer que la tarification à l'activité est le meilleur des systèmes de financement puisqu'elle permet à la fois de connaître le coût de la santé, de déterminer son prix et enfin de contribuer à la restructuration de l'offre de soins par la concurrence. La situation polynésienne ne paraît pas réunir les conditions de son succès :

- la position ultra-dominante du CHPF dans l'offre de soins rend illusoire l'impact de la T2A sur la concurrence ;
- les systèmes d'information médicale et financière ne sont pas prêts, or ils sont la condition nécessaire de l'introduction de la T2A ;
- enfin, la réglementation actuelle (la délibération de 1998) ne la permet pas, son introduction par un avenant à la convention cadre du 25 octobre 1999 est très fragile sur le plan juridique.

La direction du CHPF insiste cependant sur les difficultés de l'information médicale essentiellement liées aux très fortes réticences du corps médical sur le codage des actes. De son point de vue, l'interruption de la T2A compromettrait les efforts engagés en supprimant toute incitation au codage. Dans la mesure où les retombées financières du développement de l'activité interviennent avec près de 2 ans de retard, sans que l'on puisse en outre clairement les identifier, la mission doute du caractère incitatif ou pédagogique de la T2A sur le codage des actes.

<sup>18</sup> Qui apparaissait déjà dans le rapport de la Cour des comptes sur la Caisse de prévoyance sociale en 2009

En revanche, la grande confusion qui entoure les modalités de financement de l'établissement compromet la qualité du dialogue de gestion entre l'établissement et ses financeurs et *in fine* la simple compréhension de l'évolution des dépenses de santé.

La mission recommande en conséquence de revenir au système prévu dans la délibération de 1998 :

- une dotation globale de fonctionnement, dont l'évolution annuelle doit donner lieu à un dialogue de gestion nourri par les informations médico-économiques du PMSI et plus largement par une amélioration significative de la connaissance de sa propre activité par l'établissement<sup>19</sup> ;
- maintien hors dotation globale de certaines activités clairement identifiées et qui le justifient (molécules onéreuses, DMI) ;
- engager des travaux afin de se préparer à une T2A réelle, en la cantonnant à certaines activités : la biologie représente de ce point de vue une piste intéressante et relativement simple ;
- identification et chiffrage, au-delà des actuels contrats d'objectifs et de moyens, des missions d'intérêt général assurées par l'établissement (urgences, permanence des soins, lutte contre la douleur, éducation sanitaire...) et qui relèvent d'un financement par le Pays.

**Recommandation n°2 : Revoir entièrement le mode de financement du CHPF**

- retour à la dotation globale assortie d'un taux directeur d'évolution fondé sur l'analyse des données d'activité par la CPS ;
- maintenir le paiement à l'acte pour les dispositifs onéreux ;
- identifier les missions d'intérêt général de l'établissement qui relèvent d'un financement spécifique par le Pays

**Recommandation n°3 : Revoir les calendriers budgétaires de la CPS et du CHPF pour que la collectivité puisse se prononcer sur l'évolution du budget de l'établissement en fonction de l'objectif d'évolution des dépenses de l'assurance maladie ; inscrire les discussions budgétaires entre le Territoire, la CPS et le CHPF dans un calendrier pluriannuel.**

**2.1.2. Les autres établissements publics de santé**

Tableau 10 : Le financement des autres établissements publics de santé

MF	2009	Budget 2010
Dispensaires	667	667
Institut Malardé	419	429
Hôpital d' Uturoa	380	389
Hôpital de Taravao	260	266
Hôpital du Taiohae	255	261
Hôpital de Moorea	63	65
Total MF cfp	2 044	2 078
M€	17	17.3

Source : CPS budget 2010

<sup>19</sup> Ces points sont développés dans l'annexe Offre de soins

De manière assez étonnante, on observe pour les établissements publics de soins hors CHPF des règles de financement différentes et peu favorables : les hôpitaux de la direction de la santé sont encore financés au prix de journée mais les prix qui leur sont appliqués, ceux de 1995, sont nettement inférieurs à ceux du CHPF ou des établissements privés (20 000 F CFP contre 70 000 F CFP en médecine et 100 000 F CFP en chirurgie pour les cliniques et le CHPF), la valeur du B pour les actes de biologie n'est pas la même (54 F CFP contre 60 F CFP pour les laboratoires privés).

En l'absence de comptabilité analytique et de système d'information médicale, il est difficile d'évaluer même de manière grossière, le surcoût que représenterait pour l'assurance maladie le financement de ces établissements dans les conditions de droit commun. En tout état de cause, c'est aujourd'hui le Pays plutôt que l'assurance maladie qui prend en charge une partie du coût des soins.

**Recommandation n°4 : Dans la perspective du rattachement des établissements de la direction de la santé au CHPF, et dans l'hypothèse d'une centralisation de la biologie publique<sup>20</sup>, la mission recommande d'aligner leur mode de financement (dotation globale avec taux directeur, hors dotation et missions d'intérêt général)**

### 2.1.3. Les établissements de soins privés

Tableau 11 : Le financement des établissements de soins privés

MF	Paofai		Cardella		Mamao	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
DGF	1 507	1 507	1 486	1 486	138	138
Hors dotation	219	225	185	189	28	28
DEP	46	47	38	39	0.2	0.3
Total	1 771	1 778	1 708	1 714	166	216 <sup>21</sup>
M€	14.7	14.8	14.2	14.3	1.4	1.8

Source : CPS Budget 2010

Une dotation globale de fonctionnement des cliniques a été instaurée en 2003<sup>22</sup>, sans que cela corresponde à l'identification de leur participation au service public hospitalier. Comme pour l'hôpital public, les activités coûteuses ont été retirées de cette dotation.

Trois établissements privés interviennent en Polynésie : les cliniques Cardella et Paofai, et de moindre dimension le Centre de Mamao. On observe une répartition stable des hospitalisations et des patients : 46 % pour Cardella et Paofai, 8 % pour Mamao.

La clinique Cardella, en léger recul sur l'hospitalisation complète, axe sa stratégie sur le développement de l'hospitalisation de jour, notamment en ophtalmologie, d'où une baisse de 6 % du nombre de journées d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour. Les séances et séjours de moins de 48 heures représentent 56 % de l'activité contre 50 % en 2007.

La Clinique Paofai qui a ouvert de nouvelles activités en chirurgie orthopédique et urologie, concentre également son développement sur l'hospitalisation de jour (+ 16 % en un an) dans ces mêmes spécialités, on enregistre dans le même temps une baisse du nombre de journées d'hospitalisation.

<sup>20</sup> Cf annexe Offre de soins

<sup>21</sup> Dont 50 liés à de nouvelles activités

<sup>22</sup> Il semblerait que les cliniques souhaitent qu'un même dispositif soit instauré pour l'investissement



La DGF de la clinique Cardella oscille chaque année autour de 1 500 MF CFP. Si l'on examine la valorisation en T2A des séjours réalisée par la CPS, on constate que sans coefficient géographique, elle représenterait 54 % de la dotation attribuée en 2008. Si on applique le coefficient de 1.39, utilisé pour le CHPF, cette valorisation représenterait 75 % de la dotation attribuée en 2008.

Celle de la clinique Paofai, est également stable entre 1 350 et 1390 MF CFP. Selon les données transmises par la CPS, la valorisation T2A des séjours, sans coefficient géographique, représenterait 60 % de la DGF attribuée en 2008, 83 % en appliquant le coefficient géographique de 1,39.

Pour le Centre de Mamao, la valorisation de l'activité réalisée par la CPS représente environ 38 % de la DGF 2008 (145 MF CFP) sans coefficient, 53 % avec le coefficient.

**Recommandation n°5 :** S'agissant du financement des établissements privés de santé, la mission recommande d'examiner les conditions d'introduction de la T2A ou du retour au prix de journée. Le développement de l'information médicale et de la connaissance précise de l'activité des établissements doivent devenir des priorités. A moyen terme, la mission recommande de renoncer à un financement sur dotation globale

Dans l'immédiat, au regard des données d'activité disponibles, la mission recommande de réduire de 15 % les DGF des établissements de soins privés.

**Recommandation n°6 :** Pour l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, le développement d'une véritable information médicale, d'une connaissance précise de l'activité et des coûts de production est une priorité urgente.

## 2.2. Agir sur le prix des soins ambulatoires et des produits de santé

### 2.2.1. Médecins et autres professions de santé

Tableau 12 : Honoraires des médecins et autres professions de santé

MF	2009	Objectifs 2010
<b>Médecins</b>		
Généralistes	1 913	1 654
Spécialistes	3 190	3 190
<b>Total Médecins</b>	<b>5 104</b>	<b>4 844</b>
<b>Autres professions de santé</b>		
Infirmiers	1 687	1 779
Kinés	1 337	1 358
Biologistes	1 210	1 168
Dentistes	1 380	1 434
Orthophonistes	345	354
Médecins non conventionnés	94	96
Sages-femmes	318	350
Orthoptistes	8	9
Gardes malades	1	1
Podologues	27	29
<b>Total autres professions de santé</b>	<b>6 406</b>	<b>6 577</b>
<b>Total Honoraires MFcfp</b>	<b>11 510</b>	<b>11 421</b>
<b>M€</b>	<b>96</b>	<b>95.2</b>

Source : CPS, budget 2010

Les honoraires des professions de santé représentent donc près du quart des dépenses d'assurance maladie (24 %), une proportion relativement stable. Si l'on ajoute les dépenses liées aux prescriptions (pharmacie, biologie et autres fournisseurs), plus de 40 % (42.3%) des dépenses d'assurance maladie sont ordonnancées par les professionnels de santé libéraux, soit une proportion comparable à celle de l'hospitalisation publique en Polynésie française.

L'enjeu de régulation des dépenses de soins de ville est donc capital dans une stratégie globale de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

#### 2.2.1.1. L'offre de soins ambulatoires

Ces données au 1<sup>er</sup> juin 2009 proviennent de la direction de la santé.

La situation de la Polynésie française est proche de celle de la Nouvelle Calédonie pour la plupart des professions de santé. De manière générale, les départements sont compensés par des arrivées mais on observe pour certaines professions de très fortes disparités de densité médicale.

531 médecins exercent une activité régulière, dont la moitié de spécialistes. 58 % sont salariés, essentiellement au CHPF et à la direction de la santé, et 42 %, soit 223 médecins (114 spécialistes et 109 généralistes), ont un exercice libéral.

La délibération n° 98-164 APF du 15 octobre 1998<sup>23</sup> instaure un gel des conventionnements sur les archipels des Iles du Vent et des Iles sous le Vent. 87 % des médecins exercent aux Iles du Vent, il n'y a aucun spécialiste dans les Australes et Tuamotu Gambier. Il y a donc 205 médecins pour 100 000 habitants (101 pour les généralistes, 104 pour les spécialistes), à peu près comme en Nouvelle Calédonie<sup>24</sup>, mais cette densité est très variable selon les archipels<sup>25</sup>. De 2006 à 2008, les entrées ont compensé les départs.

Sur les 112 chirurgiens dentistes de Polynésie, 78 exercent en libéral et 35 sont salariés, soit une densité de 43 pour 100 000 habitants<sup>26</sup>, très proche dans les archipels<sup>27</sup>. Comme pour les médecins, c'est une population stable, dont les rares sorties sont compensées par des entrées.

1 146 infirmiers ont une activité régulière, parmi lesquels 1 014 sont salariés, à 80 % dans les établissements publics. Il y a donc 132 infirmiers libéraux dont 124 sont conventionnés soit une densité de 51 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants et de 390 salariés pour 100 000 soit 441 infirmiers pour 100 000 habitants<sup>28</sup>. Les conventionnements sont gelés sauf sur la zone 5.

139 sages femmes ont en activité régulière, dont 78 % sont salariés soit une densité élevée de 168 sages femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans contre 138 en Nouvelle Calédonie en 2007 et 131 en métropole en 2009. 31 sages femmes exercent en libéral. Les projections démographiques montrent que les besoins des 10 prochaines années sont d'ores et déjà couverts.

44 orthophonistes exercent dans le secteur libéral conventionné, leur installation n'est pas soumise à la régulation des conventionnements.

Enfin, 104 Masseurs kinésithérapeutes exercent dans le secteur libéral conventionné.

#### 2.2.1.2. Tarifs et Activité des professions de santé (secteur libéral)

Ces données proviennent de la CPS et portent sur l'année 2009.

---

<sup>23</sup> Complétée par l'arrêté n° 1804 CM du 27 décembre 2000 qui a défini 5 zones de conventionnement dont une seule (Maïao, Maupiti, Tuamotu-Gambier, Marquises et Australes) échappe au gel. Pour les 4 autres zones, des dérogations peuvent être accordées par arrêté en conseil des ministres.

<sup>24</sup> 338 médecins pour 100 000 habitants en métropole

<sup>25</sup> De 30 médecins pour 100 000 habitants dans les Tuamotu-Gambier à 237 dans les Îles du Vent

<sup>26</sup> 48 en Nouvelle Calédonie, 65 en métropole

<sup>27</sup> Sauf dans les Tuamotu-Gambier, 30 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants

<sup>28</sup> 450 en Nouvelle Calédonie, 783 en métropole

30 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, soit plus de 14 Mds F CFP en 2009 (plus de 116 M€), sont ordonnancées par les **médecins, généralistes et spécialistes**. En leur sein, le tiers, soit 5 104 MF CFP en 2009, est constitué d'honoraires, soit 11 % des dépenses d'assurance maladie, en augmentation de 6 % par rapport à l'année précédente. On observe en 2009 :

- une progression de la patientèle de 4 %<sup>29</sup> qui explique 2 % des 6 % de progression des honoraires ;
- une légère baisse de l'offre de soins (- 1 %) ;
- une évolution tarifaire de 2,2 % : la plupart des lettres clefs sont stables en 2009 à l'exception de la lettre V (visites à domicile) qui passe de 5 500 F CFP en 2008 à 7 200 F CFP en 2009 ;
- un volume d'honoraires en croissance permanente : + 5 % par an en moyenne depuis 1999, soit pour les spécialistes un volume d'honoraires de 3 153 MF CFP en 2009<sup>30</sup> (26.3 M€), en progression de 25 % depuis 2004 et pour les généralistes un volume d'honoraires de 1 715 MF CFP en 2009<sup>31</sup> (14.3M€), en progression de 36 % depuis 2004.

Cette progression est beaucoup plus marquée pour les honoraires liés au suivi des patients en longue maladie. Cela étant, la part des honoraires hors longue maladie demeure, aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes, plus élevée que celle des honoraires pour les patients en longue maladie.

Malgré les réserves d'un tel exercice<sup>32</sup>, la mission estime cependant intéressant d'évaluer les honoraires moyens par praticien : en 2009, 109 médecins généralistes auraient ainsi perçu un volume moyen d'honoraires de 17,7 MF CFP (147 500 €); pour les 114 spécialistes, le même raisonnement conduit à un volume moyen d'honoraires par praticien de 31 MF CFP (258 330 €).

Avec 1 036 MF de soins remboursés, les **chirurgiens dentistes** ont vu le volume de leurs honoraires qui donnent lieu à remboursement par la PSG progresser de 28 % depuis 2004 (809 MF CFP). Le volume moyen d'honoraires par praticien serait donc d'environ 15 MF CFP (125 000 €).

Les **soins infirmiers** ont donné lieu à des remboursements de 1 687 MF CFP en 2009 (+ 1.65 % par rapport à 2008). Le volume moyen d'honoraires par professionnel avoisine les 13,6 MF CFP par an (113 000 €). Quelques éléments ont marqué l'année 2009 :

- plusieurs évolutions tarifaires ont eu un coût de 44.3 MF CFP pour l'assurance maladie, soit 2,6 % des montants remboursés, essentiellement lié à la revalorisation de la lettre clé AMI (+ 4 %, impact de 32.3 MF CFP) et de la lettre clé AIS (+ 2 %, impact de 11 MF CFP). A noter à l'inverse la baisse de la lettre clé IK qui a conduit à une baisse de 21 % des volumes ;
- une augmentation modérée de la patientèle (+ 5 % contre 7 à 8 les années précédentes) ;
- l'augmentation de l'offre de soins (+ 2.4 %) a un impact de 12.6 MF sur les montants remboursés (0.75 %).

---

<sup>29</sup> 158 200 patients distincts soit + 29 % par rapport à 1999 alors que dans le même temps, la population couverte n'a crû que de 19 %.

<sup>30</sup> 2 023 MF CFP en 1999 et 2 521 MF CFP en 2004

<sup>31</sup> 1 029 MF CFP en 1999 et 1 258 MF CFP en 2004

<sup>32</sup> Les informations dont on dispose sont celles des honoraires remboursés, à des niveaux différents selon que l'on est en longue maladie (LM) ou hors longue maladie (HLM), la mission a appliqué aux honoraires la répartition 50/50 entre les 2 que l'on observe sur les dépenses d'assurance maladie et redressé en conséquence la part HLM du ticket modérateur de 20 % . La diversité des spécialités médicales rend l'estimation très approximative pour les médecins spécialistes.

La convention du 5 janvier 2009 en référence à l'arrêté n° 2060 CM du 30 décembre 2008 fixe un plafond d'efficience des actes fixé à 28 000 AMI et/ou AIS par an, et prévoit la revalorisation des tarifs suivie de leur gel sur 3 ans. En 2009, le nombre moyen d'actes coefficientés étant de 19 761, on peut donc s'interroger sur l'utilité d'un plafond aussi élevé. En tout état de cause, le recouvrement des trop perçus<sup>33</sup> pour les praticiens qui dépassent cette norme, pourtant très large, est indispensable. En 2009, cela représente un montant de 21 MF CFP.

S'agissant des **sages femmes**, on enregistre une augmentation de 5 % des montants remboursés (303 MF CFP +13 MF CFP), un coût moyen par patiente qui croît de 10 % et un montant moyen d'honoraires par sage femme qui croît de 2.2 % (10 MF CFP, 83 000 €).

- les évolutions tarifaires ont eu un impact de 17 MF CFP (5,6 % des montants remboursés en 2009 ; 35 MF CFP en année pleine) : la convention de 2006 a en effet prévu une revalorisation intervenue en 2007, suivie d'un gel, parvenu à son terme en 2009.
- 2 nouvelles installations de sages femmes (pas de régulation des installations, ni a fortiori de gel) ont eu un impact de 15 MF CFP (5 %) sur les dépenses remboursées.
- La diminution de 5 % de la patientèle, après plusieurs années de croissance, a permis de limiter les dépenses de l'assurance maladie de 18 MF CFP mais on a observé un net effet volume avec un nombre d'actes par patientes et par professionnel en hausse.

Les honoraires **d'orthophonistes**, 348 MF CFP, ont enregistré une hausse de 2.3 % (12.6 MF) liée :

- à une progression importante de la patientèle (+ 11 %), dont l'impact sur les montants remboursés est de 26 MF soit 7,7 % des montants remboursés ;
- à une croissance de l'offre (+ 7 % pour une profession non soumise à la régulation des conventionnements) ;
- aux effets de la nouvelle convention du 8 janvier 2009 qui revalorise certains tarifs (impact 8,17 MF CFP soit 2,35 % des montants remboursés) mais dont la progression en volume correspond à celle de la patientèle.

Comme les infirmiers, cette profession est encadrée par un plafond d'efficience dont le niveau (36 800 AMO) est cependant tellement élevé par rapport à l'activité moyenne (19 396) qu'il en perd son utilité.

S'agissant enfin des **masseurs kinésithérapeutes**, régulés par la convention du 28 juillet 2006, les montants remboursés en 2009 ont crû de 2,3 % pour atteindre 1 310 MF CFP en 2009. Cette progression est liée à l'augmentation de l'offre (+ 2,2 %), et de la patientèle (+4,4 %). On observe cependant une baisse du volume d'actes par professionnel. Le montant remboursé par professionnel est stable autour de 12,6 MF CFP par an. Il n'y pas eu d'évolution tarifaire depuis 2007 mais il faut préciser que les lettres clés sont très nettement plus élevées qu'ailleurs (lettres AMK et AMS à 450 F CFP contre 243 en métropole, 400 en Nouvelle Calédonie). A noter que pour cette profession, on a procédé à la récupération de trop perçus en 2007 et 2008 (plafond à 45 000 AMC, AMK et/ou AMS).

Sur 234 affiliés au RNS, 195 professionnels de santé déclaraient des revenus nets supérieurs au plafond mensuel de 1 MF CFP en juin 2009.

---

<sup>33</sup> Pour mémoire 12 MF CFP non recouverts en 2007

Tableau 13 : Comparaison des tarifs de certains actes en 2010

Actes / Tarifs F CFP (Polynésie/NC)	Polynésie	Nelle Calédonie	Métropole
<b>MEDECINS</b>			
C / consultation généraliste	3 600 (=)	3 550	2 625
CS / consultation spécialiste	4 650 (+10%)	4 230	2 744
CSC / consultation spécialisée de cardiologie	11 100 (+21%)	8 780	5 457
CNPSY / consultation neuro-psychiatre	7 200 (-5%)	7 580	4 093
KC / actes de chirurgie	470 (-8%)	510	249
Visite généraliste	7 200 (+53%)	3 800	2 625
Visite spécialiste	7 200 (+37.5%)	4 500	2 744
<b>DENTISTES</b>			
C / consultation omnipraticien	3 500 (+5%)	3 300	2 505
CS / consultation spécialiste	3 300 (-13%)	3 800	2 744
V / visite omnipraticien	5 000 (+34%)	3 300	2 001
VS / visite spécialiste	5 000 (+12%)	4 400	2 455
<b>INFIRMIERS</b>			
AIS / actes infirmiers de soins	430 (-8%)	465	316
AMI / autres actes	490 (-4%)	510	375
<b>ORTHOPHONISTES / AMO</b>	460 (+9%)	420	286
<b>MASSEURS KINESITHERAPEUTES</b>			
AMK / actes au domicile du malade ou en cabinet	450 (+12%)	400	243
AMC / actes réalisés en établissements	450 (+12%)	400	243

Source : CPS

La comparaison des tarifs de différentes catégories d'actes avec ceux en vigueur en Nouvelle Calédonie révèle un surcoût très important en Polynésie pour certains d'entre eux : les visites de médecins, généralistes ou spécialistes, de dentistes, les consultations spécialisées en cardiologie, les actes réalisés par les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes en particulier sont particulièrement bien valorisés.

#### 2.2.1.3. Les prescriptions

Légèrement supérieures à 9 Mds F CFP en 2009 ((75 M€), les prescriptions des médecins représentent 19 % des dépenses d'assurance maladie, en progression de plus de 85 % depuis 1999. Elles sont composées de manière assez stable pour moitié de dépenses de pharmacie, et à hauteur de 15 % de biologie. Les médecins généralistes en prescrivent environ les  $\frac{3}{4}$ , les spécialistes  $\frac{1}{4}$ .

Les prescriptions de pharmacie des généralistes concernent les patients en longue maladie pour environ les  $\frac{2}{3}$  (2 189 MF CFP, +187 % depuis 1999), le tiers restant concernant les autres patients avec une progression beaucoup moins soutenue (1 330 MF CFP, + 16 % depuis 1999). Celles des spécialistes sont également très marquées par la différence entre la longue maladie (754 MF CFP, + 153 % depuis 1999), et les autres patients (434 MF CFP, + 25 % depuis 1999).

Les autres prescriptions enregistrent des écarts équivalents entre longue maladie et les autres patients, avec cependant une croissance depuis 1999 nettement plus marquée pour les généralistes que pour les spécialistes.

Le coût moyen (honoraires + prescriptions) par patient connaît une augmentation constante depuis 2004 : 57 284 F CFP pour les généralistes (contre 43 201 en 2004), 39 228 F CFP pour les spécialistes (33 314 en 2004).

**Recommandation n°7 :** Au vu de la comparaison des tarifs des actes des professions de santé pratiqués en Polynésie française avec ceux de la métropole et de la Nouvelle Calédonie, la mission recommande de procéder très rapidement à une baisse de 10 % des lettres clefs,

assortie d'un gel pour 3 ans, à l'exception de celles dont la valeur est comparable ou inférieure à celles en cours en Nouvelle Calédonie. La mission recommande d'aller plus loin dans cette baisse (15 %) pour certaines professions de santé ou certaines lettres clefs manifestement trop élevées : les visites de médecins généralistes, spécialistes et dentistes, les actes réalisés par les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes.

**Recommandation n°8 :** Afin de donner à la régulation des volumes de soins de ville une portée réelle, la mission recommande de réexaminer et de revoir à la baisse le niveau des plafonds d'efficiences dans les conventions, manifestement trop élevés au regard de l'activité moyenne des praticiens et de mettre en œuvre de manière systématique le recouvrement des trop perçus.

**Recommandation n°9 :** Au regard des effectifs actuels, des besoins projetés et de l'impact du développement de l'offre sur les dépenses d'assurance maladie, la mission recommande d'interrompre la formation de sages femmes en Polynésie française et de geler les installations.

### 2.2.2. Les produits de santé

Parmi les prescriptions, le médicament représentant la moitié des sommes remboursés et la biologie 15 %, la mission recommande de concentrer les actions de maîtrise des dépenses sur ces deux postes.

#### 2.2.2.1. Le médicament

En 2009, 127 pharmaciens ont une activité régulière, soit une densité de 49 pour 100 000 habitants<sup>34</sup>. 13 % travaillent dans le secteur public, 87 %, soit 109, dans le privé. Il y a 37 officines en Polynésie soit 14 pour 100 000 habitants (38 en métropole), 3 importateurs, 1 pharmacie à usage intérieur au CHPF et la pharmacie d'approvisionnement du Territoire.

Tableau 14 : Dépenses de pharmacie pour l'assurance maladie

M Fcfp	2009	Budget 2010
RGS	5 213	5 292
RNS	537	545
RSPF	1 443	1 465
SECU	868	881
Total	8 060	8 182 (+5%)
M€	67.2	68.2

Source : CPS budget 2010

Les modalités de détermination du prix des médicaments en Polynésie sont définies dans l'arrêté n° 1784 du 31 décembre 2001, dont l'article 1<sup>er</sup> précise l'équation de fixation du prix maximum grossiste et en pharmacie :

**Prix de vente par le pharmacien métropolitain TTC x coefficient = prix de vente maximum  
TTC en pharmacie en PF**

**Prix de vente par le fabricant métropolitain HT x coefficient = Prix maximum de vente par  
le grossiste en PF**

<sup>34</sup> Contre 114 en métropole, 65 en Nouvelle Calédonie et 46 en Guyane

En définitive, le prix maximum comprend : le prix fabricant du produit hors taxes ; les droits, taxes et frais à l'importation ; les marges locales (grossiste et détaillant) et la TVA polynésienne. Même si la détermination du coefficient en tient compte, il aurait été plus juste de partir du prix HT pour l'encadrement des prix pratiqués par les officines.

Pour les produits d'appareillage, remboursés à 100 % et qui représentent pour l'assurance maladie près d'1 Md F CFP de dépenses annuelles, un coefficient géographique est appliqué sur le prix d'arrivée en Polynésie, quel qu'il soit.

Tableau 15 : Evolution des coefficients multiplicateurs depuis 2001 (en %)

Date de prise d'effet	01/2002	04/2002	01/2004	07/2004	12/2004	09/2008	10/2009
Grossiste			157.07	153.28	157.07		157.07
Spécialités remboursables	168.91	169	160.55	152.1	160.55	159.04	159.04
Spécialités non remboursables	183.67	184.72				182.98	182.98
Articles pansements	154.15	155.07				153.61	153.61

Source : Service des affaires économiques

Une première baisse de 5 % des coefficients en 2004 (de 169 à 160.55 pour les pharmaciens) a été suivie d'une seconde annulée quelques mois plus tard. La légère baisse des coefficients en 2008 correspond à la baisse d'un point de TVA sur les médicaments.

Selon les données du service des affaires économiques, cette baisse de 2004 a eu un impact négatif sur le chiffre d'affaires des pharmaciens de 0.71 %. Depuis 2003, le taux de marge augmente légèrement et la rentabilité des officines se maintient. Le chiffre d'affaires des pharmacies constitué de spécialités pharmaceutiques remboursables augmente chaque année. Celui des appareillages connaît une progression encore plus marquée. Les 37 pharmacies bénéficient en outre chaque année d'une avance gratuite de trésorerie qui correspond à 15 jours de leur chiffre d'affaires (coût de 300 MF CFP par an pour la CPS, 2.5 M€).

90 % des produits pharmaceutiques consommés sont importés de France<sup>35</sup>. L'assurance maladie prévoit un taux de remboursement unique de 80 % (100 % pour les patients en longue maladie) sur des produits dont la TVA est de 5 % depuis septembre 2008 (6 % auparavant). Certains médicaments au service médical rendu élevé ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie, la commission d'admission au remboursement ne s'est d'ailleurs pas réunie depuis 2003. A l'inverse, d'autres médicaments remboursés à des taux variables en métropole en fonction du service médical rendu le sont à 80 % en Polynésie.

<sup>35</sup> Pour les produits provenant de l'étranger et dont l'importation est autorisée, l'article 6 de l'arrêté précise que les prix maximaux sont établis par l'application d'une marge commerciale maximale de 50 % sur la valeur CAF.

Tableau 16 : Le médicament en Polynésie

Années / MF	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Chiffre d'affaires des médicaments de ville	4 162	4 258 +2.3%	4 846 +13.8%	5 337 +10%	5 804 +8.8%	6 224 +7.2%
Chiffre d'affaires des appareillages	222	303	448	525	600	646
TOTAL	4 385	4 561	5 294	5 862	6 404	6 870
Nb officines	32	34	35	36	38	37
CA moyen spécialités pharmaceutiques remboursables / pharmacie	130	125 -3.7%	138 +10.5%	148 +7.1%	153 +3%	168 +10%
CA moyen appareillages / pharmacie	7	9 +28%	13 +43.7%	15 +14%	16 +8.2%	17 +10.6%

Source : Service des affaires économiques, données CPS juillet 2009

**Recommandation n°10 :** La mission recommande de réviser les coefficients grossistes et pharmaciens à la baisse (15 %), et d'encadrer le prix des appareillages en multipliant le tarif de responsabilité appliqué en métropole par un coefficient géographique à définir.

**Recommandation n°11 :** S'agissant de l'admission et du taux de remboursement, la mission recommande de reprendre telles quelles les décisions prises en métropole par la commission d'admission au remboursement, en distinguant les taux de remboursement en fonction du service médical rendu.

**Recommandation n°12 :** La mission recommande de cesser les avances gratuites de trésorerie aux officines.

**Recommandation n°13 :** La mission recommande de rendre obligatoire et systématique la substitution des médicaments génériques et d'encourager leur développement.

#### 2.2.2.2. La biologie

Elle représente 15 % du montant des prescriptions des médecins libéraux.

Les laboratoires publics et privés sont régis par la délibération n° 88-154 1T du 20 octobre 1988, complétée par de nombreux arrêtés, inspirée du décret n° 76-1004 du 4 novembre 1976 fixant les conditions d'autorisation des laboratoires en métropole.

Les laboratoires privés sont réunis dans des sociétés d'exercice libéral, plusieurs laboratoires pouvant être exploités par une même société. L'ouverture d'un laboratoire est simplement soumise à l'agrément du ministère de la santé, aucune régulation conventionnelle n'est organisée, l'installation est libre. Il y avait en 2009, 7 laboratoires de biologie médicale privés en Polynésie, en augmentation rapide, et un seul d'anatomo-pathologie.

Fixée par arrêté pour les laboratoires publics et dans une convention pour les laboratoires privés, la valeur du B, 60 F CFP, pourtant stable depuis 15 ans, demeure le double de celle actuellement en vigueur en métropole, et singulièrement plus élevée qu'en Nouvelle Calédonie (54 F CFP, soit 10 % de moins).

Le poids reconstitué de la biologie publique s'élève à près de 2,4 Mds F CFP. Le chiffre d'affaires de la biologie privée s'élèverait à près de 2 Mds F CFP.

Tableau 17 : La biologie publique en 2008



	Activité en B/BP	Total CFP
CHPF	27 549 083	1 655 861 890 70 %
Hôpital d'Uturoa	2 425 237	145 514 220 6 %
Hôpital de Taiohae	575 000	34 500 000 1.5 %
ILM	8 804 911	530 469 510 22.5 %
Total	39 354 231	2 366 345 620 (19.7 M€)

Source : Rapport du Dr Musso<sup>36</sup>

A noter que le nombre total d'actes de biologie réalisé au CHPF est largement inférieur au-seuil en deçà duquel la biologie est rentable en métropole (50 millions d'actes). L'enjeu de concentration de l'offre publique de biologie est donc essentiel (cf annexe offre de soins).

Tableau 18 : Actes de biologie remboursés en 2009 (secteurs public et privé)

Secteur	Nombre d'actes	Remboursement	Economies si baisse du B et du BP au niveau de la Nouvelle Calédonie
Privé	20 214 031	1 102 421 214	183 736 869
CHPF	9 149 514	514 178 880	85 696 480
Santé publique	9 534 305	526 218 840	87 703 140
Total	38 897 850	2 142 818 934	357 136 489
BP / Privé	994 310	63 693 010	9 099 001

Source : CPS

Seuls sont intégrés ici pour le CHPF les actes externes, les examens de biologie pour des patients hospitalisés ne sont pas comptabilisés car ils ne donnent pas lieu à un remboursement propre.

**Recommandation n°14 :** La mission recommande de baisser la valeur du B au niveau de la Nouvelle Calédonie, soit de procéder à une baisse de 10 % (de 60 à 54 F CFP). Cette mesure permettrait de réaliser une économie de 366 MFcfp (3 M€) pour l'assurance maladie.

**Recommandation n°15 :** La mission recommande de réguler l'installation des laboratoires privés.

**Recommandation n°16 :** Afin de se rapprocher du seuil de rentabilité de la biologie, la mission recommande de revoir tout le panorama de la biologie publique<sup>37</sup> en favorisant la concentration de l'offre et réaliser des économies d'échelle.

<sup>36</sup> Biologie médicale et anatomo-pathologie en Polynésie française. Etat des lieux, mutualisation des activités, proposition de réorganisation. Dr Didier MUSSO. Décembre 2008.

<sup>37</sup> Voir annexe offre de soins

## 2.3. Les évacuations sanitaires

### 2.3.1. Les évacuations sanitaires internationales

#### 2.3.1.1. Volumes, coûts, motifs et destination

Tableau 19 : Dépenses hors territoire

MF	2009	Budget 2010 <sup>38</sup>
Métropole	2 746	2 829
Nouvelle Zélande	532	548
USA	4	10
Nouvelle Calédonie	29	22
Autres pays	22	22
EAO	189	189
Total	3 522	3 620

Source : CPS Budget 2010

On a enregistré 725 évacuations sanitaires en 2009, en augmentation de 5 %, soit un taux de 26 évacuations pour 10 000 habitants, à peu près stable (26 en 2007, 30 en 2004). 4 évacuations sur 5 concernent la métropole<sup>39</sup> où la durée moyenne de séjour est de 31 jours, 1 sur 5 environ la Nouvelle-Zélande avec une durée moyenne de séjour de 11 jours seulement, liée aux motifs sanitaires différents selon les orientations. Les urgences (cardiologie, pathologies coronariennes, grands brûlés) sont plutôt orientées vers la Nouvelle Zélande.

Les cancers (environ 40% des évacuations, 890 MF CFP), les affections cardio-vasculaires (20%, 526 MF CFP), les malformations néonatales (3%) et les affections rétiniennes (3%) constituent près de 70 % des évacuations et 60% des coûts. A elles seules, la radiothérapie et la médecine isotopique représentent 217 demandes sur 693.

Le coût moyen d'une évacuation sanitaire diminue régulièrement, il avoisine aujourd'hui les 4 MF CFP<sup>40</sup> et se décompose en  $\frac{3}{4}$  de soins et  $\frac{1}{4}$  de transports et logistique. Un tiers des évacuations sont accompagnées, une sur cinq est médicalisée, cette proportion croît régulièrement.

En métropole, la facturation des soins en hospitalisation complète en prix de journée s'établit en moyenne à 1 100 euros par jour en médecine, 1 500 euros par jour en chirurgie, et 2 500 euros par jour en réanimation. L'assurance maladie prend en charge 100 % des tarifs sécurité sociale ainsi que le forfait journalier. C'est donc la durée de séjour qui est déterminante pour le coût plus que l'établissement même si on note deux situations extrêmes (1 832 euros par jour à l'institut Gustave Roussy, 70 % plus cher qu'en médecine spécialisée versus le Val de Grâce 830 euros par jour en chirurgie). L'AP-HP s'est engagée à changer cette facturation, très coûteuse pour l'assurance maladie polynésienne, pour une facturation T2A à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009 mais ce changement n'est toujours pas intervenu.

<sup>38</sup> Malgré l'ouverture du nouvel hôpital, envisagée en avril au moment de l'élaboration du budget, l'assurance maladie a pris une hypothèse de hausse de la patientèle de 3 %

<sup>39</sup> Les  $\frac{3}{4}$  en région parisienne

<sup>40</sup> En baisse de 11 % par rapport à 2006. 4.2 en métropole et 3.4 en Nouvelle Zélande. Les orientations sanitaires étant différentes, la comparaison n'est pas pertinente.

Le service du contrôle médical, dont les missions sont définies dans la délibération n° 2002-98 APF du 4 juillet 2002, participe à la gestion du risque, à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et à l'amélioration continue de la qualité du service rendu. A ce titre, le médecin conseil décide de l'opportunité de l'évacuation sanitaire sollicitée, des conditions de transport ainsi que de la demande éventuelle d'un accompagnement. Il vérifie l'impossibilité de réaliser les soins sur place. En revanche c'est le médecin traitant qui choisit l'établissement de soins, en accord avec le patient. Même si la réglementation le lui permet, le médecin conseil remet très rarement en cause la structure d'accueil. 2/3 des prescripteurs sont publics dont 99 % au CHPF.

### 2.3.1.2. Evacuations internationales et ouverture du nouvel hôpital

D'après le CHPF, une partie du surcoût de fonctionnement de l'établissement<sup>41</sup> serait compensé par les transferts de crédits affectés aujourd'hui à d'autres producteurs de soins en métropole et en Nouvelle Zélande, notamment pour la radiothérapie, la médecine isotopique, la greffe rénale, et la prise en charge en urgence des accidents vasculaires cérébraux. La radiothérapie et la médecine isotopique justifiant aujourd'hui plus de 200 évacuations, dont le coût moyen est de 4 MF CFP<sup>42</sup>, le CHPF considère que 800 MF CFP aujourd'hui comptabilisés dans les dépenses hors territoire lui seront transférés.

Selon l'assurance maladie, en attendant plus de précision sur les conditions d'ouverture de la radiothérapie et de la médecine isotopique (voir annexe offre de soins), il est plus raisonnable dans un premier temps de limiter l'estimation de ces transferts aux tumeurs de la thyroïde (coût moyen 1.2 MF CFP), aux tumeurs gynécologiques (sein notamment, coût moyen 1 MF CFP), et aux cancers ORL (coût moyen 3 MF CFP). Dans ce cas, on pourrait éviter 125 évacuations sanitaires par an, dont le coût total représente 143 MF CFP.

**Recommandation n°17 : La mission recommande d'organiser toutes les Evasans internationales orientées vers la métropole dans un groupe d'établissements hospitaliers à définir afin d'éviter la répartition des patients sur l'ensemble du territoire métropolitain.**

### 2.3.2. Les évacuations sanitaires inter-îles

Avec environ 28 000 évacuations inter-îles par an<sup>43</sup>, qui concernent environ 15 000 patients<sup>44</sup>, soit une progression de près de 6% par rapport à 2007, la Polynésie enregistre 108 évacuations pour 100 000 habitants, contre 103 en 2007 et 99 en 2006. Ces taux varient considérablement d'un archipel à l'autre, en fonction de l'offre de soins sur place : 422 aux Marquises, 393 aux Tuamotu, 378 aux Iles Sous Le Vent, 302 aux Australes et 211 à Moorea.

Le coût de ces évacuations inter-îles, qui ne comprend que les frais de transports et de logistique, les dépenses de soins étant intégrées au budget des établissements ou aux remboursements d'honoraires, s'élève à 1.2 Mds F CFP, en progression de 9% par rapport à 2007, soit plus que la croissance en volume à cause de l'augmentation du coût moyen du transport<sup>45</sup>.

10 % d'évacuations sanitaires inter-îles déclenchées en urgence représentent 32 % des montants remboursés (377 MF CFP) ; cette proportion est cependant en nette baisse (en 2004, elles représentaient 15 % des evasans et 40 % du coût) grâce à l'amélioration de la prise en charge sur place, au développement progressif des consultations spécialisées avancées, à l'amélioration des plateaux techniques des hôpitaux périphériques, et à l'installation de médecins libéraux.

**Recommandation n°18 : Le développement de l'offre de soins dans les archipels éloignés est la seule voie de réduction des évacuations sanitaires inter-îles. Ce développement pourrait concerner aussi bien les établissements hospitaliers ou dispensaires de la direction de la santé**

<sup>41</sup> Ce point est longuement traité dans l'annexe offre de soins

<sup>42</sup> En réalité 3.2 pour les cancers selon la CPS

<sup>43</sup> 28 268 en 2008 (dernières données définitives, + 5.7 % par rapport à 2007) et 27 900 en 2009.

<sup>44</sup> 1,91 evasan / patient

<sup>45</sup> Cf annexe transports

que la médecine libérale (participation obligatoire des médecins libéraux aux consultations avancées).

#### **2.4. Augmenter la participation des assurés au financement et aux dépenses de l'assurance maladie**

Les comptes de la santé 2008 présentés longuement plus haut permettent d'estimer la dépense de santé par habitant à 274 000 F CFP par an, un montant équivalent à celui de la Nouvelle-Calédonie mais bien inférieur à celui de la métropole (346 910 F CFP par an). Un peu moins de 7 % de ces dépenses sont à la charge des ménages contre 10 % en métropole (compte tenu de la part des mutuelles et assurances complémentaires). On peut donc estimer que même en intégrant bien l'absence actuelle de couverture complémentaire en Polynésie, la couverture sociale des dépenses de santé est meilleure en Polynésie.

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, et en ayant bien examiné d'abord et en priorité les actions possibles sur le prix de la santé, il est donc envisageable d'intervenir sur le taux de prise en charge des dépenses pour garantir à moyen terme les conditions de l'équilibre de l'assurance maladie.

Sans aller aussi loin que le projet de réforme de la PSG de 2009, et notamment en ne concentrant pas de propositions sur les patients en longue maladie, la mission considère que l'augmentation du ticket modérateur quand il existe, sa création quand il n'existe pas ainsi que l'introduction d'un forfait hospitalier permettraient non seulement de limiter la croissance des dépenses de santé mais aussi d'améliorer pour les assurés la conscience de son prix.

Actuellement, le taux de remboursement des prestations en nature de droit commun est fixé à 80 % du tarif de responsabilité de la caisse<sup>46</sup>. Par exception, bénéficient de l'exonération du ticket modérateur et donc le remboursement à 100 % les dépenses liées à une hospitalisation, les examens prescrits par le service médical de l'assurance maladie, certains actes de chirurgie, les titulaires de rente d'accidents du travail avec incapacité permanente d'au moins de 66 %, les titulaires de pensions d'invalidité ou de pensions vieillesse substituée. Pour la longue maladie, l'assuré ne supporte aucune participation.

La mission a conscience de la difficulté politique et sociale de telles mesures. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle ne recommande pas d'introduire un ticket modérateur pour les patients en longue maladie. En outre, l'objectif de « modération » du recours aux soins suppose que les patients puissent ajuster leur comportement en fonction du prix, ce qui n'est pas le cas pour un patient en longue maladie.

Enfin, malgré un échec récent, les mesures d'incitation au développement de couvertures complémentaires pourraient être relancées.

#### **Recommandation n°19 : La mission recommande :**

- **d'augmenter le ticket modérateur de 20 à 30 % ;**
- **d'élargir son champ aux appareillages ;**
- **de créer un forfait hospitalier**
- **pour la pharmacie, de mettre en place des taux de remboursement différenciés selon le service médical rendu**

---

<sup>46</sup> Textes relatifs aux taux de remboursement par les assurés :

- RGS : délibération n° 74-22 du 14 février 1974 (articles 15 et 21)
- RNS : délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 (article 22)
- RSPF : délibération n° 95-162 AT du 20 décembre 1995 (articles 9-2 et 12-2)

## CONCLUSION

Propositions	Economies
<b>1. <u>ACTIONS SUR LE PRIX DE LA SANTE</u></b>	
<b>baisse de 15 % DGF cliniques</b>	<b><u>470 MF</u></b>
<b>baisse de 10 % des lettres clefs des professions de santé</b>	1 070 MF
<b>baisse du coefficient multiplicateur du médicament - 15 % soit - 12 % sur remboursements</b>	863 MF
<b>baisse du B/ BP au niveau de la Nouvelle Calédonie</b>	366 MF
<b>2. <u>REMBOURSEMENTS</u></b>	
<b>hausse TM de 20 à 30 % hors longue maladie + mesures prix</b>	<b><u>2 245 MF</u></b>
<b>Forfait hospitalier 1 000 F</b>	<b><u>200 MF</u></b>
<b>Déremboursement du petit appareillage</b>	<b><u>600 MF</u></b>
<b>Franchise sur les boîtes de médicaments</b>	<b><u>400 MF</u></b>
<b>Substitution des génériques</b>	<b><u>150 MF</u></b>
<b><i>Total Economies</i></b>	<b><i><u>- 4 065 MF CFP</u></i></b>
<b>Dépenses supplémentaires (CHPF)</b>	<b>+ 2 000 MF</b>
<b><i>Total :</i></b>	<b><i>- 2 065 MF</i></b>

## Pièce jointe n° 1 : LES COMPTES DE LA SANTE EN 2008

### Définitions

Consommation médicale totale (CMT) : valeur des biens et services médicaux utilisés sur le territoire par les résidents et non résidents. Elle comprend : la consommation de biens et services médicaux et la consommation de services de médecine préventive. Manquent la médecine pénitentiaire et la médecine militaire pour lesquelles l'Etat n'a pas fourni d'informations.

La consommation de biens et services médicaux (CSBM)

- les soins hospitaliers : établissements publics (chpf et hôpitaux publics), privés (2 cliniques et centre de rééducation Te Tiare et les soins hospitaliers hors territoire)
- les soins ambulatoires : honoraires des professionnels de santé, coûts de fonctionnement des centres spécialisés (APURAD, APAIR, centre médical Mamao), du Centre de transfusion sanguine, des dispensaires
- les transports : montant pris en charge par la CPS (100% sauf transports terrestres)
- médicaments et prothèses : médicaments vendus en officine, vaccins et allergènes vendus par l'ILM, médicaments distribués par la pharmacie d'approvisionnement, médicaments rétrocédés par le CHPF, les prothèses (optique médicale, appareillage auditif, orthopédique, prothèses dentaires...).

La consommation de services de médecine préventive (CSMP)

- les services de prévention de la direction de la santé : centre mère-enfant, une partie de l'activité des subdivisions
- le programme de dépistage des cancers gynécologiques
- autres structures de prévention (Fare Tama Hau, maison du diabétique...)
- médecine du travail

Dépense courante de santé (DCS) : somme qu'engagent les financeurs du système, son périmètre est plus large que la consommation médicale totale car elle intègre les indemnités journalières, la prévention collective, la recherche, l'enseignement et l'administration sanitaire. Elle se décompose comme suit :

- dépenses pour les malades : CMT + dépenses de prévention collective + IJ
- dépenses en faveur du système de santé : enseignement et recherche
- dépenses en faveur de la gestion générale de la santé : administration sanitaire et frais de gestion de l'assurance maladie

Tableau 20 : Consommation médicale totale / détail

CSBM	
1. SOINS HOSPITALIERS	28 815
1.1. Soins hospitaliers publics	21 596
CHPF (dont Samu et psychiatrie)	18 119
Hôpitaux publics	3 477
1.2. Soins hospitaliers privés	4 745
Cliniques	3 991
Autres structures	754
1.3. Soins hospitaliers hors territoire	2 474
2. SOINS AMBULATOIRES	19 536
2.1. Médecins	5 217
2.2. Dentistes	2 272
2.3. Autres professionnels de santé	3 848
2.4. Centres de jour psychiatrie / toxicomanie	255
2.5. Centres de dialyse (APURAD)	683
2.6. Autres centres de soins spécialisés	834
2.7. Dispensaires	3 197
2.8. Laboratoires	2 545
ILM	531
Laboratoires privés	1 225
Radiologues	695
Polyscan	93
2.9. Banque de sang	345
2.10. Hors territoire	340
3. TRANSPORTS	1 805
3.1. ambulances	143
3.2. Evasans	1 662
Transports aériens	1 400
Transports maritimes	65
Europe Assistance	196
4. MEDICAMENTS ET PROTHESES	10 260
4.1 pharmacies	8 401
Pharmapro	217
CHPF (rétrocessions)	613
Officines	7 339
ILM (vaccins)	233
4.2. Appareillage	1 472
4.3. Prothèses dentaires	317
4.4. Médicaments hors territoire	69
Double compte ILM	- 83
CSMP	2 224
5. Services de prévention individuelle	1 851
5.1. Services de la direction de la santé	1 684
5.2. Autres structures	167
6. Services de médecine du travail	373
7. Services de santé associés (école, armée, prison)	-
CMT	62 556

Source : Direction de la santé

Tableau 21 : Dépense courante de santé / détail

<b>1. DEPENSES EN FAVEUR DES MALADES</b>	<b>68 249 117</b>
1.1. Dépenses en biens et soins médicaux	60 416 042
1.2. Indemnités journalières CPS (pas sécurité sociale)	4 842 339
1.3. Dépenses de prévention	2 990 735
Dépenses de prévention individuelle (voir CMT)	2 223 799
Dépenses de prévention collective	766 935
Direction de la santé	260 649
Autres structures (EPAP)	41 597
Contrôle sanitaire (SHSP, LASEA)	464 690
<b>2. DEPENSES EN FAVEUR DU SYSTEME DE SOINS</b>	<b>735 165</b>
Formation (IFSI, ESF, CPS, université)	378 165
Recherche (ILM)	357 000
<b>3. DEPENSES DE GESTION GENERALE DE LA SANTE</b>	<b>3 000 768</b>
3.1. Direction de la santé	366 768
3.2. Régimes obligatoires	2 634 000
CPS	2 414 000
Sécurité sociale	220 000
<b>DEPENSE COURANTE DE SANTE</b>	<b>71 985 050</b>

Source : Direction de la santé



**Pièce jointe n°2 : SIMULATIONS 2009 SUR LES PROJETS DE REFORME DE LA PSG (PSG 2)**

Tableau 22 : réforme de la PSG / simulation de la CPS / répartition par tiers

Financement, répartition par tiers, MF	Professions de santé 1/3	Cotisants + Pays 1/3	Patient 1/3	Total
Besoin de financement	2 520	2 520	2 520	7 561
Baisse 5 % CHPF	710			710
Baisse 5 % cliniques et Te tiare	195			195
Baisse 5 % généralistes (lettre C)	60			60
Baisse 5 % spécialistes (lettres CS, K)	125			125
Baisse 5 % autres professionnels	185			185
Baisse 5 % du public	90			90
Baisse 5 % des associations et centres	70			70
Baisse du prix des médicaments	370			370
Substitution automatique (génériques)	150			150
Financement par le Pays		698		698
Augmentation du taux de cotisation - 15, 87 % au RGS - 7, 89 % au RNS		1 752 123		1 752 123
Franchise sur la boîte de médicament			400	400
Déremboursement petit appareillage			600	600
Taux de remboursement 70 % HLM			1 030	1 030
Taux de remboursement 90 % LM			1 430	1 430
Création du forfait hospitalier 1000 F			200	200
<b>TOTAL DES FINANCEMENTS</b>	<b>1 955</b>	<b>2 573</b>	<b>3 660</b>	<b>3 660</b>
<b>RESTE A FINANCER</b>	<b>565</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>SURPLUS DE RECETTES</b>		<b>53</b>	<b>1 140</b>	<b>627</b>

Source : CPS

Tableau 23 : Réforme de la PSG / simulations de la CPS / répartition par quarts

Financement, MF	Professions de santé	Pays	Cotisants	Patients	Total
Besoin de financement	1 890	1 890	1 890	1 890	7 561
Baisse 5 % CHPF	710				710
Baisse 5 % cliniques et Te tiare	195				195
Baisse 5 % généralistes (lettre C)	60				60
Baisse 5 % spécialistes (lettres CS, K)	125				125
Baisse 5 % autres professionnels	185				185
Baisse 5 % du public	90				90
Baisse 5 % des associations et centres	70				70
Baisse du prix des médicaments	370				370
Substitution automatique (génériques)	150				150
Financement par le Pays		1 890			1 890
Augmentation du taux de cotisation - 15, 90 % au RGS - 7, 91 % au RNS			1 817 129		1 817 129
Franchise sur la boîte de médicament				400	400
Déremboursement petit appareillage				600	600
Taux de remboursement 70 % HLM				1 030	1 030
Taux de remboursement 90 % LM				1 430	1 430
Création du forfait hospitalier 1000 F				200	200
<b>TOTAL DES FINANCEMENTS</b>	<b>1 955</b>	<b>1 890</b>	<b>1 946</b>	<b>3 660</b>	<b>9 452</b>
<b>RESTE A FINANCER</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>SURPLUS DE RECETTES</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>1 770</b>	<b>1 891</b>

Source : CPS

## **Annexe 26**

### **L'offre publique de soins**

<b>L'OFFRE PUBLIQUE DE SOINS</b> .....	<b>1</b>
1. LE CENTRE HOSPITALIER DE POLYNESIE FRANCAISE.....	3
1.1. <i>L'activité du CHPF</i> .....	3
1.2. <i>La gestion budgétaire de l'établissement</i> .....	4
1.2.1. Un cadre réglementaire et un calendrier budgétaire inadapés.....	4
1.2.2. La situation financière du CHPF.....	5
1.3. <i>Gestion des ressources humaines</i> .....	7
1.3.1. L'insuffisante fiabilité du suivi des effectifs du CHPF amène à la plus grande prudence sur l'évaluation des charges de personnel dans le surcoût de fonctionnement de l'établissement.....	7
1.3.2. Une organisation du temps de travail des personnels médicaux et soignants qui apparaît coûteuse pour l'établissement.....	9
2. L'OUVERTURE DU NOUVEL HOPITAL.....	12
2.1. <i>Etat des lieux / informations officielles</i> .....	13
2.1.1. Retour sur les principales étapes du projet, le coût de l'investissement et les nouvelles capacités de l'établissement.....	13
2.1.2. Retour sur les créations d'emplois et l'estimation du surcoût de fonctionnement en année pleine.....	14
2.1.3. Les surcoûts pour 2010 et le calendrier des opérations.....	15
2.2. <i>De nombreuses questions en suspens</i> .....	16
2.2.1. Des surfaces trop importantes et sous-optimales, des développements de capacités dont le besoin n'est pas clairement établi.....	16
2.2.2. Calendrier d'ouverture, nouvelles activités et équipements médicaux.....	17
2.2.3. Certains investissements complémentaires sont d'ores et déjà identifiés, d'autres devront l'être.....	18
2.2.4. L'avenir du site de Mamao.....	20
2.3. <i>Le coût de fonctionnement du NH : entre 1. 4 et 3 Mds F CFP ?</i> .....	20
2.3.1. Le personnel.....	20
2.3.2. L'amortissement du bâtiment et des équipements médicaux.....	22
2.3.3. La maintenance, les dépenses logistiques et hôtelières.....	24
2.4. <i>Comment limiter le surcoût de fonctionnement du CHPF ?</i> .....	26
2.4.1. A court terme, différer l'ouverture de certaines activités et rechercher des ressources complémentaires.....	26
2.4.2. A moyen terme, seules des mesures structurantes et difficiles permettraient au CHPF de réduire son coût de fonctionnement.....	27
3. LE ROLE DE LA DIRECTION DE LA SANTE DU TERRITOIRE.....	29
3.1. <i>Le rattachement des hôpitaux de la direction de la santé au CHPF</i> .....	29
3.2. <i>La direction de la santé pourra se recentrer sur ses missions essentielles</i> .....	31
3.2.1. Santé publique et sécurité sanitaire.....	31
3.2.2. L'économie de la santé : comptes de la santé et politique du médicament.....	32
4. L'AVENIR DE L'INSTITUT LOUIS MALARDE.....	33
4.1. <i>Le modèle économique de l'établissement est fragile</i> .....	33
4.2. <i>Le paysage de la biologie publique, l'articulation entre l'ILM et le CHPF</i> .....	34
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>36</b>

Dans un contexte général de dégradation de la situation financière de l'assurance maladie et de tensions budgétaires pour le Territoire de Polynésie française, la mission s'est penchée sur l'offre publique de soins en Polynésie. La lettre de mission évoque notamment l'impact de l'ouverture du nouvel hôpital sur les comptes de l'assurance maladie et du Territoire.

Elle se caractérise par le poids du Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF), par la gestion en direct par la direction de la santé du Territoire de structures de santé dont certaines devraient rejoindre le CHPF, par des réflexions en cours sur l'avenir de l'Institut Louis Malardé (ILM).

## **1. LE CENTRE HOSPITALIER DE POLYNESIE FRANCAISE**

Créé en 1975 sous forme de simple service de la direction de la santé (budget annexe), établissement public administratif depuis 1983, le CHPF représente aujourd'hui le 2<sup>ème</sup> budget local en comptabilité publique et le 2<sup>ème</sup> employeur de Polynésie française.

Ces dernières années son champ d'intervention s'est élargi avec l'intégration progressive de la psychiatrie adulte et de la transfusion sanguine, le développement de missions de consultations avancées dans les archipels. Cette position cardinale dans l'offre de soins est amenée à se renforcer de manière très significative : le déménagement après plus de 10 ans de chantier dans le nouveau bâtiment du Taaone correspond au lancement de nouvelles activités et au développement des capacités des disciplines d'ores et déjà exercées ; le rattachement des 4 hôpitaux publics de la direction de la santé au CHPF semble aujourd'hui inéluctable et a d'ailleurs fait l'objet de l'une des mesures du protocole de fin de grève ; l'avenir de l'Institut Louis Malardé sera également très impacté par la nouvelle offre d'analyses médicales du CHPF.

Le CHPF représente à lui seul les ¾ de l'hospitalisation publique et privée en Polynésie.

C'est à l'aune de ce positionnement particulier au sein de l'offre de soins que la mission a analysé la situation actuelle et à venir du CHPF. Un contrôle très approfondi de l'établissement a été réalisé par la Chambre territoriale des comptes<sup>1</sup>, dont le rapport qui vient d'être rendu public a considérablement facilité les investigations de la mission.

### ***1.1. L'activité du CHPF***

Selon la Chambre territoriale des comptes, les « données d'activité sont incomplètes, pas toujours pertinentes et peu prises en compte ». Plusieurs éléments permettent d'asseoir ce constat sévère : les rapports d'activité sont produits après le compte administratif, les demandes budgétaires ne reposent pas sur des analyses de l'activité. Ces données ne semblent d'ailleurs pas avoir présidé aux orientations du projet médical du nouvel établissement, notamment sur la taille des unités ou le développement des places de soins de suite et de réadaptation.

Sur le moyen terme, entre 2001 et 2007, on observe une relative stabilité de l'activité de l'établissement, notamment des entrées en hospitalisation complète mais une nette progression des hospitalisations à temps partiel (de 1000 à 4000 séjours en hôpital de jour). Pour l'année 2007, le taux d'occupation est de 80 % en moyenne pour le court séjour avec une durée moyenne de séjour en progression lente mais régulière.

---

<sup>1</sup> Portant sur les exercices 2001 à 2008, le rapport d'observations définitives de la CTC examine aussi bien la gestion de l'établissement que les perspectives liées au déménagement.

Tableau 1 : Données d'activité du CHPF en nombre d'entrées

Disciplines / années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	01/07
Médecine	4 501	4 638	4 993	5 205	5 114	5 388	4 949	+10%
Chirurgie	6 298	6 409	6 530	7 184	6 868	6 868	6 728	+7%
Pédiatrie	3 489	2 731	2 860	2 996	2 776	2 670	2 861	-18%
Réanimation	561	564	512	527	585	561	597	+6.4%
Obstétrique	3 233	3 183	2 995	3 012	3 201	3 202	3 076	-5%
Hospitalisation complète	18 082	17 525	17 890	18 924	18 544	18 689	18 211	+0.7%
Dialyse	19 823	19 436	19 790	20 329	20 855	21 620	20 613	+4%
Chimiothérapies	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	
Médecine de jour		925	1 821	1 937	2 572	3 483	3 841	+315%
Obstétrique de jour		528	360	248	51	1	2	
Chirurgie de jour		1 174	1 594	2 111	1 905	1 396	1 370	+17%
Ambulatoire	19823	22063	23565	24625	25383	26500	25826	+30%
total	37905	41 455	41 455	43 549	43 927	45 189	44 037	+16%

Source : CHPF / Chambre territoriale des comptes

Tableau 2 : Durées moyennes de séjour

Disciplines/années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Médecine	6.38	6.51	6.39	6.26	6.6	6.57	7.25
Chirurgie	5.04	5.15	4.98	4.92	5.28	5.12	5.09
Pédiatrie	5.07	6.44	5.46	5.23	5.48	5.41	5.28
Réanimation	7.49	8.48	8.93	9.02	8.17	8.34	8.31
Obstétrique	5.36	5.62	5.76	6.09	5.63	5.48	5.55
Court séjour	5.51	5.90	5.69	5.64	5.84	5.74	5.89

Source : CHPF / Chambre territoriale des comptes

Tableau 3 : Taux d'occupation

Disciplines/années	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Médecine	81.13	83.86	83.54	97.25	84.42	81.76
Chirurgie	75.76	76.54	87.14	88.60	84.23	76.83
Réanimations	87.36	83.00	77.15	82.83	71.73	76.92
Obstétrique	87.14	72.37	89.55	86.96	84.34	82.00
Court séjour	80.89	79.80	84.84	84.94	82.70	79.49

Source : CHPF / Chambre territoriale des comptes

## 1.2. La gestion budgétaire de l'établissement

### 1.2.1. Un cadre réglementaire et un calendrier budgétaire inadaptés

L'arrêté CM n° 999 du 12 septembre 1988 définit l'organisation, le fonctionnement, les règles financières, budgétaires et comptables applicables au CHPF.

Son conseil d'administration est doté de compétences budgétaires réelles, cependant soumises à l'approbation du Conseil des ministres puis de l'Assemblée de Polynésie Française. Le projet de budget n'est soumis au vote du conseil d'administration qu'après publication de la délibération portant approbation du budget de la collectivité d'outre mer, qui définit le montant de la subvention allouée à l'établissement au titre des Contrats d'objectifs et de moyens. Or, en réalité, la CPS, principal financeur du CHPF adoptant son budget mi-octobre, la discussion sur le taux d'évolution des dépenses est bouclée avant et s'impose de fait aux instances politiques.

Ce décalage de calendrier entre la CPS et la Collectivité, qui pose d'ailleurs d'autres difficultés, vide de tout contenu opérationnel la procédure budgétaire du CHPF.

**Recommandation n°1 : Engager une réflexion sur l'articulation des calendriers budgétaires de la Caisse de prévoyance sociale, du CHPF avec celui de la collectivité.**

La Loi de Pays n° 84-820 modifiée, du 6 septembre 1984, précisée dans la délibération n°95-205 AT du 23 novembre 1995 prévoit le contrôle des dépenses engagées pour les établissements publics administratifs, dont le CHPF. La direction de l'établissement a en fait mis en place un contrôle interne qui lui permet en pratique d'y échapper, en droit la situation est discutable. C'est un sujet de désaccord entre l'établissement, qui invoque la nécessaire réactivité d'un établissement producteur de soins et considère que le statut d'établissement public de santé en métropole serait plus adapté, et le Territoire.

**Recommandation n°2 : Sans préjuger des discussions entre la collectivité et le CHPF sur l'organisation optimale du contrôle des dépenses de l'établissement, la mission insiste sur l'importance de cette fonction de contrôle des dépenses du principal établissement public de Polynésie.**

### **1.2.2. La situation financière du CHPF**

Le budget de l'établissement est essentiellement un budget de fonctionnement (95 % des recettes et 93 % des dépenses). Après une période de déficits, 2008 marque un retour à un léger excédent (152 MF CFP). La CAF nette des remboursements d'emprunt a permis au CHPF de financer ses investissements assez confortablement entre 2006 et 2008 (plus d'un million de F CFP). Elle enregistre un net recul en 2009 (865 KF CFP). A noter de surcroît que l'absence de mise à disposition des équipements de la psychiatrie et du centre de transfusion sanguine par la direction de la santé minore les charges de l'établissement, puisque les charges d'amortissement n'y figurent pas. Le fonds de roulement net global a doublé entre 2007 et 2009. Fin 2009, il est légèrement supérieur à 3 MF CFP contre 1.4 en 2007.

Les dépenses de fonctionnement ont connu une très forte progression de 2002 à 2007 (+51%), elles sont relativement stables depuis.

Tableau 4 : Evolution des dépenses de fonctionnement du CHPF depuis 2005

Charges de fonctionnement En MFcfp	2005	2006	2007	2008	2009 BP+DM	2010 BP	BP TAAONE <sup>2</sup>	05/10
Groupe 1	9 525 63 %	10208 62%	10416 61%	10493 59%	10 798 62%	10815 63%	11 070 60%	+13.5%
Groupe 2	3 255 21.5%	3 695 22.5%	3 881 23%	4 151 23.5%	3 609 20.5%	3 500 20.5%	3 799 21%	+7.5%
Groupe 3	1 657 11%	1 520 9%	1 538 9%	1 637 9%	1 902 11%	1 717 10%	2 417 13%	+3.6%
Groupe 4	727 5%	990 6%	1 201 7%	1 441 8%	1 178 7%	1 058 6%	1 057 6%	+45%
Total	15165	16412	17037	17722	17 487	17090	18 344	+12.7%
M€	126.4	136.8	142	147.7	145.7	142.4	152.8	

Source : CTC, comptes administratifs, BP 2010

Groupe 1 : charges de personnel

Groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical

Groupe 3 : charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

Groupe 4 : amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles

On note un poids des dépenses du groupe 1 tout à fait correct en revanche, la très forte croissance des dépenses du groupe 4 montre bien que c'est ce poste qui sera principalement source de surcoûts (voir infra).

Au 31 décembre 2009, les restes à recouvrer représentent près d'1 Md de F CFP (5% des titres) : la CPS à hauteur de 615 MF (65%), des établissements privés à hauteur de 191 MF (20%), des particuliers à hauteur de 110 MF (11.6 %), les services de l'Etat pour 2 MF. Le dernier rapport de la Chambre territoriale des comptes, ainsi que le précédent, ont procédé à une analyse détaillée de ces créances. Pour les particuliers, il s'agit du ticket modérateur du RGS et du RNS, des factures de soins pour des touristes étrangers ou métropolitains qui n'entrent pas dans le cadre de la convention CPS-sécurité sociale, enfin de nombreux patients devraient relever du RSPF mais n'ont pas fait les démarches nécessaires. Pour la CPS, les restes à recouvrer remontent souvent à des périodes anciennes. Plusieurs contrôles de la CTC ont conclu au caractère incertain de certaines de ces créances. Un projet de transaction CHPF-CPS a échoué en 1999. A ces difficultés, s'ajoute l'opposition du conseil d'administration à accepter des admissions en non valeur.

**Recommandation n°3 : L'amélioration de la facturation et du recouvrement constituent des voies importantes d'amélioration de la situation financière de l'établissement. L'assainissement du bilan de l'établissement suppose l'annulation des titres émis à tort, l'admission en non valeur de ces créances enfin l'engagement d'une politique de recouvrement active pour les créances certaines. La mission recommande dans un premier temps de reprendre les discussions avec la CPS afin de trouver un point d'accord sur les montants.**

Les dotations aux amortissements ou la réforme de certains équipements n'apparaissant pas au bilan, il est difficile aujourd'hui d'avoir une vision précise du patrimoine de l'établissement : l'état de l'actif du comptable et l'inventaire de l'ordonnateur ne concordent pas. Comme on l'a vu plus haut, certaines opérations importantes comme le transfert du centre de transfusion sanguine de la direction de la santé au CHPF n'ont pas été inscrites dans les comptes de l'établissement.

<sup>2</sup> Ces données sont fondées sur l'hypothèse initiale d'ouverture du NH en avril 2010.



**Recommandation n°4 :** Clarifier l'état de l'actif du CHPF. Achever les opérations de transfert de la direction de la santé vers le CHPF (psychiatrie, centre de transfusion sanguine). Veiller à ce que les transferts des hôpitaux de la direction de la santé soient bien accompagnés d'un transfert de l'actif et du passif.

### 1.3. Gestion des ressources humaines

Les dépenses de personnel (groupe 1) représentent environ 60 % des dépenses de fonctionnement, or, comme le souligne longuement la Chambre territoriale des comptes, la gestion des ressources humaines de l'établissement a présenté de nombreuses défaillances les années passées. A noter que 8 directeurs des ressources humaines se sont succédé en une dizaine d'années.

#### 1.3.1. L'insuffisante fiabilité du suivi des effectifs du CHPF amène à la plus grande prudence sur l'évaluation des charges de personnel dans le surcoût de fonctionnement de l'établissement

##### 1.3.1.1. Les personnels permanents

L'analyse du bilan social 2008 ainsi que quelques éléments de comparaison avec des établissements de santé de taille comparable en métropole et dans les DOM conduisent à conclure de manière certes schématique, cependant éclairante, que les effectifs du CHPF sont largement plus importants qu'ailleurs.

Le ratio du nombre d'agents par lit autorisé<sup>3</sup>, classique en univers hospitalier, montre en effet un très net décrochage à la hausse pour le CHPF : 3,46 agents par lit en 2008 contre 2,67 en métropole et dans les DOM.

Tableau 5 : Nombre d'agents / lits

Année	Nombre de lits	Effectif total en activité	Ratio
2006	445	1552	3.49
2007	475	1592	3.35
2008	475	1644	3.46

Source : Bilan social 2008

L'une des difficultés majeures que rencontre l'actuelle direction des ressources humaines de l'hôpital, qui s'y attelle avec beaucoup de persévérance, réside dans l'absence de réelle quantification et de suivi des effectifs jusque 2008<sup>4</sup>. Les différentes, et nombreuses, sources d'informations fournissent en effet des résultats très variables : la Chambre territoriale a ainsi relevé qu'au 31 décembre 2008, il y avait selon le DUOG (Document unique d'organisation et de gestion) 1 528 postes budgétaires, selon le registre des effectifs 1 578, enfin selon le tableau des emplois présenté au conseil d'administration, 1 607. Elle relève également que la gestion des remplacements laissait apparaître un écart de 20 % entre l'effectif autorisé et l'effectif rémunéré.

L'importance des écarts (79 postes budgétaires soit environ 5 %) amène à la plus grande prudence dans l'analyse des demandes de postes supplémentaires pour le nouvel hôpital et dans l'analyse des marges de redéploiements.

**Recommandation n°5 :** La connaissance précise des effectifs du CHPF est une priorité de gestion, dont la réalisation détermine la capacité qu'aura l'établissement à maîtriser ses coûts

<sup>3</sup> Ces données ne sont pas disponibles par lit effectivement ouvert

<sup>4</sup> Jusque début 2009, la direction des ressources humaines ne pilotait ni les effectifs, ni les recrutements de des personnels soignants, les plus nombreux de l'établissement, qui relevaient de la direction des soins.

**de fonctionnement. La mission recommande de diligenter un audit/conseil de la gestion quantitative des ressources humaines du CHPF.**

- 1.3.1.2. L'absence d'articulation claire des rôles entre le CHPF et le service du personnel complique la maîtrise du recours aux contractuels

Certaines limites du tome 3 du statut de la fonction publique polynésienne<sup>5</sup> consacré à la filière santé sont régulièrement évoquées pour expliquer l'importance du recours aux agents contractuels (environ 300 par an). C'est d'autant plus discutable que le recours aux contractuels concernait aussi les personnels administratifs et techniques (tome 2 du statut) pour lesquels peu de passerelles existent entre le CHPF et les autres services de la collectivité.

Le statut d'établissement public administratif du CHPF le conduisant à dépendre du service du personnel du territoire pour l'organisation des concours, les procédures de nomination, de publication de postes etc., la tentation d'y échapper et de recourir à des recrutements directs de contractuels sur des postes vacants est grande.

En 2008, 22 % des agents du CHPF étaient en contrat à durée déterminée, la plupart sur un poste budgétaire mais une proportion significative, entre le quart et le tiers, hors support, sont recrutés pour des remplacements de courte durée ou pour faire face à un surcroît temporaire d'activités.

Tableau 6 : Evolution des ANT depuis 2006

	2005	2006	2007	2008
Effectif total moyen	1572	1629	1676	1706
ANT	274	308	291	375
ANT sans postes budgétaires	83	63	80	118
% CDD / effectif total	20 %	20 %	18 %	22%

Source : Bilan social 2008

La réduction progressive de la part de l'emploi temporaire dans les effectifs du CHPF pourrait permettre de faciliter la reconversion d'agents titulaires de la FPT dans la filière santé. L'emploi temporaire représente 22 % des effectifs et 21 % de la masse salariale en 2008, soit 2 288 MFcfp. La diminution de ces proportions d'un tiers en 2011 et 2012 (soit 15 % des effectifs en 2011, 10 % en 2012 pour un coût de 1 556 MFcfp et 513 MFcfp) pourrait être défini comme un objectif cible.

**Recommandation n°6 :** Quel que soit le schéma d'organisation entre le CHPF et le service du personnel du territoire, organiser un suivi budgétaire et juridique rigoureux des recrutements de contractuels. Appliquer pour les personnels administratifs et techniques les mêmes mesures de rigueur que pour l'ensemble des institutions publiques de Polynésie.

**Recommandation n°7 :** Réduire le recours aux agents contractuels par le redéploiement d'agents titulaires de la FPT, par la reconversion de certains agents au sein de la filière santé, sur les fonctions d'aides-soignants (formations du GREPFOC, groupement des établissements publics de formation continue). La mission recommande de fixer un objectif ambitieux de réduction de recours à l'emploi contractuel (15 % en 2011 et 10 % des effectifs totaux en 2012).

<sup>5</sup> Délibération n° 95-215 AT du 14 décembre 1995 modifiée portant statut général de la fonction publique

### **1.3.2. Une organisation du temps de travail des personnels médicaux et soignants qui apparaît coûteuse pour l'établissement**

#### **1.3.2.1. Le temps médical et le coût des gardes et astreintes**

La délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996 modifiée portant statut particulier du cadre d'emplois des praticiens hospitaliers déterminent les conditions d'exercice des médecins salariés et en particulier le fait qu'ils exercent tous à temps plein, et qu'ils ne peuvent en conséquence, à l'inverse de ce qui se passe partout ailleurs, exercer aucune activité libérale. Cette singularité doit être rapprochée de l'importance des gardes et astreintes dans l'établissement, puisque les praticiens travaillent en temps continu ; le système des demi-journées ne s'applique pas. Pratiquement, les médecins travaillent de 7h30 à 15h30 du lundi au jeudi, de 7h30 à 14h30 le vendredi, sur la base d'une durée hebdomadaire de 39 heures. Le reste du temps, soit les 2/3 du temps, l'établissement fonctionne avec des gardes et des astreintes.

Le directeur arrête le nombre de lignes de gardes et d'astreintes (17 lignes de garde, 11 astreintes de groupe 1 dites opérationnelles et 14 astreintes de groupe 2 de sécurité). Les gardes se déroulent sur place pour les services comportant une activité intense, les astreintes se réalisent à domicile, les demi-gardes sont complétées par des demi-astreintes. Les gardes sont 3 fois plus indemnisées que les astreintes. En 2006, l'indemnisation a presque été doublée dans la délibération n° 2006-3 APF du 23 janvier 2006.

Leur coût a représenté plus de 900 MF CFP (7.5 M€) en 2008 (784 MF CFP soit 8.2 % de la masse salariale de l'établissement et 37 % de la masse salariale médicale – 2 421 MF CFP) contre 847 en 2007. Par médecin, et en moyenne, cela représente chaque mois un complément de revenu de 396 000 FP en 2008 (403 400 en 2007). Si les montants versés sont plafonnés, la délibération de l'APF permet au ministre de la santé, saisi par le directeur de l'établissement après avis de la CME, d'autoriser des dépassements des plafonds. Chaque année une délibération prise par l'établissement, approuvée ensuite en Conseil des ministres, autorise tous les déplafonnements. De manière générale, la rémunération des gardes et astreintes (75 gardes par an)<sup>6</sup> et est perçue comme un élément stable de leur rémunération. La direction de l'établissement vient ainsi de mettre fin à un usage au sein des urgences, qui consistait à rémunérer des gardes et astreintes à certains praticiens pendant leur période de congés.

La nouvelle direction des ressources humaines vient de mettre en place de véritables mains courantes pour le contrôle du service fait.

**Recommandation n°8 :** Engager une réflexion sur les différentes dimensions du temps médical et leur impact sur le coût de fonctionnement de l'établissement, notamment :

- stabiliser les conditions du contrôle de l'effectivité des heures supplémentaires, des gardes et astreintes ;
- procéder à une évaluation de la masse salariale médicale si l'on passait au système des demi-journées ;
- envisager la possibilité d'une activité libérale pour les praticiens hospitaliers ;
- envisager toutes les possibilités de réduction des lignes de gardes et d'astreintes

---

<sup>6</sup> 13 gardes sur un cycle de 4 semaines, puis 16 sur les 5 suivantes, soit 75 par an, rémunérées 78 000 F CFP = 480 000 par an

1.3.2.2. Le poids des heures supplémentaires dans la masse salariale de l'établissement : entre 4 et 5 %

Tableau 7 : Evolution du coût des heures supplémentaires depuis 2004

Années	2004	2005	2006	2007	2008	04/08
Montants Fcfp	337 727 664	359 534 835	392 798 681	426 928 022	472 387 360	+40%
€	2 814 397	2 996 123	3 273 322	3 557 733	3 936 561	

Source : CTC

De 2004 à 2008, le coût des heures supplémentaires a augmenté de plus de 40 % alors même que les effectifs de l'établissement ont progressé, que la durée du travail n'a pas évolué, et que l'activité de l'établissement a crû modérément, essentiellement sur l'hospitalisation de jour.

Ce sont pour l'essentiel des heures dites « structurelles »<sup>7</sup>, conséquences mécaniques du planning des personnels soignants fondé sur des journées de 12h (alternance de semaines de 36h et de semaines de 48h). En général réservé aux activités nécessitant des soins continus (urgence, réanimation, soins intensifs), le planning de 12h renchérit vraisemblablement le coût du travail pour l'établissement, les heures supplémentaires faisant l'objet d'une sur-rémunération. Le mécanisme dit des semaines incomplètes (accord d'établissement du 5 mai 1992) permet même le versement d'heures supplémentaires pendant la période des congés, calculées sur la base des heures supplémentaires du mois précédent.

La mission a demandé à la direction du CHPF un chiffrage du coût de ces heures structurelles au sein de l'enveloppe des heures supplémentaires des personnels soignants (293 MF pour les agents titulaires, 52 pour les ANT soit près de 350 MF) afin d'estimer le nombre d'ETP que ce coût permettrait de couvrir<sup>8</sup>.

En l'absence de ligne budgétaire spécifique permettant d'identifier les heures supplémentaires générées par les roulements de garde, seule une estimation assez grossière permet d'évaluer leur coût à 322 MF CFP en 2008<sup>9</sup> soit 68 % du coût de l'ensemble des heures supplémentaires. Une étude avait été lancée afin d'estimer le coût d'un passage à un planning de 8 h (3 équipes / 8 h au lieu de 2 équipes / 12 heures). Ce travail a été abandonné après la signature d'un protocole de fin de conflit en décembre 2008 actant le maintien du planning de 12 h.

A ces heures structurelles, s'ajoutent les heures dites fonctionnelles qui concernent l'ensemble des personnels. Dans un certain nombre de cas, elles sont versées systématiquement au motif de l'absence d'un réel régime indemnitaire. Voir infra.

Pour les autres heures supplémentaires, les « vraies » heures supplémentaires, liées à un surcroît d'activité ou à des absences, la directrice des ressources humaines doit accorder une autorisation préalable. Elle vise par ailleurs chaque mois les tableaux de garde pour liquider la paye. Le transfert de la direction des soins à la DRH de ces suivis, encore récent, constitue un réel progrès.

<sup>7</sup> Délibérations n° 96-172 et n° 96-176 annexées au statut de la fonction publique, filière santé

<sup>8</sup> On conçoit bien que la négociation de postes budgétaires peut s'avérer plus difficile que celle d'une croissance de la masse salariale.

<sup>9</sup> 760 agents en garde font une moyenne de 42 h/semaine au lieu de 39 h, soit 3 heures supplémentaires par semaine soit 118 560 heures supplémentaires structurelles par an ; pour un coût arrondi de 2 718 F CFP par heure, on parvient à un coût annuel de 322 246 000 F CFP.

Tableau 8 : Le coût de l'ensemble des heures supplémentaires par catégorie

	2007	2008	07/08
CEAPF	11 912 707	11 042 222	-7 %
<b>FPT soignants</b>	<b>175 110 756</b>	<b>292 929 565</b>	<b>+ 67 %</b>
FPT administratifs et techniques	36 642 840	47 968 602	+ 31 %
ANT soignants	146 805 637	51 672 252	- 64 %
ANT administratifs et techniques	29 016 805	39 341 567	+ 35 %
Sages femmes	27 272 487	29 433 153	+ 8 %
Médecins	166 791		
<b>Total</b>	<b>426 928 022</b>	<b>472 387 360</b>	<b>+ 10.2 %</b>

Source : Bilan social 2008

Tableau 9 : Principaux postes de la masse salariale 2008 par catégorie

masse salariale brute	Salaires	Heures supp G et A	indemnités	Total
Personnel soignant	3 761 002 120 90.5 %	344 601 817 8.3%	54 515 408 1.3%	4 160 119 345
Personnel administratif / technique	1 641 711 394 84%	87 310 169 4.5%	228 267 449 11.5%	1 957 289 012
Sages femmes	257 050 134 86%	29 433 153 10%	12 970 863 4%	299 454 151
Formation	51 430 331	0		51 430 331
Médecins	1 633 587 934 67.5%	787 761 011 32.5%		2 421 348 946
Total	7 344 781 913 82.5%	1 249 106 150 14%	295 753 720 3.5%	8 889 641 785

Source : Mission / bilan social 2008

**Recommandation n°9 :** Pour les personnels soignants, la mission recommande une remise à plat du régime d'heures supplémentaires au sein du CHPF :

- examiner la pertinence du maintien du planning de 12 h pour les soignants hors services à surveillance continue au regard du coût des heures supplémentaires structurelles ;
- mettre fin au mécanisme des semaines incomplètes.

1.3.2.3. Pour les agents administratifs ou techniques, le paiement d'heures supplémentaires en substitution de régimes indemnitaires jugés inadaptés ou insuffisants

Depuis 2003, l'indemnité de sujétion spéciale créée par la délibération n° 97-153 APF du 13 août 1997 a été étendue aux établissements publics. Elle est versée aux agents « en raison des compétences et aptitudes particulières qu'elles exigent ou du surcroît de travail qu'elles imposent ». Pourtant, les agents du CHPF ont continué de percevoir jusqu'en 2008 l'indemnité mensuelle de sujétion créée par la délibération n° 85-1038 AT du 23 mai 1985, étendue au CHPF en 2001, alors même qu'elle avait été abrogée. Au-delà de cet étrange cumul d'indemnités de sujétions, le régime indemnitaire du CHPF comprend 32 primes, indemnités et avantages en nature différents.

Pourtant, c'est au motif de l'absence de régime indemnitaire adapté, qu'ont été versées en 2008 près de 98 MF au titre des rémunérations des heures supplémentaires des agents administratifs et techniques (48 MF pour les titulaires, 40 pour les non titulaires). Il faudrait évidemment pouvoir identifier au sein de ces sommes la part qui concerne les cadres et techniciens qui perçoivent par ailleurs l'indemnité de sujétion spéciale et pour lesquels le versement d'heures supplémentaires dites « forfaitaires » est anormal.

**Recommandation n°10 : Pour les agents administratifs et techniques, cesser le paiement d'heures supplémentaires non réalisées en compensation d'un régime indemnitaire jugé insuffisant.**

**Recommandation n°11 : Si l'ensemble des éléments de rémunérations doivent faire l'objet d'un suivi précis, la mission recommande d'identifier au sein de la masse salariale, les surcoûts liés au temps de travail des médecins (gardes, astreintes, temps médical continu), des personnels soignants (généralisation du planning de 12h, heures supplémentaires structurelles, mécanisme des semaines incomplètes) et des agents administratifs et techniques (cumul d'un régime indemnitaire et d'heures supplémentaires « forfaitaires »)**

## 2. L'OUVERTURE DU NOUVEL HOPITAL

Le projet de nouvel hôpital (NH) est ancien, il a donné lieu à de nombreux débats, à différentes étapes du projet. La dimension du bâtiment, son coût et la durée des travaux sont régulièrement critiqués aussi bien dans les médias, dans le débat public et politique que par la seule instance de contrôle intervenue sur ce projet, la Chambre territoriale des comptes. Financé par une subvention de l'Etat, le NH a très vite échappé au contrôle de ses représentants sur place ou du Ministère de l'Outre Mer.

A quelques semaines de son ouverture (décalée à de nombreuses reprises), le scepticisme demeure.

Dans le contexte économique et social actuel, la perspective de voir peser le surcoût de fonctionnement du NH sur l'assurance maladie, en situation critique, inquiète l'ensemble des acteurs.

La mission a tenté dans un contexte très mouvant d'établir un constat qui sera amené à évoluer, comme pour tout projet de cette envergure.

En préalable, quelques observations importantes :

- la vétusté du site de Mamao, les actuelles conditions d'accueil et d'hospitalisation des patients, le développement des besoins et des attentes légitimes de la population sur le plan de la qualité des soins : ces éléments, parmi de nombreux autres, rendaient et rendent toujours indispensable la modernisation du principal producteur de soins en Polynésie française.
- La conduite du projet, de la conception du bâtiment au projet médical, en passant par l'évaluation économique, et le respect des délais a été très défailante, catastrophique même : ce point fait aujourd'hui largement consensus, il a été étayé par un contrôle de la CTC.

C'est donc aujourd'hui une donnée pour la mission qui, sans revenir sur ces constats très sévères, et justifiés, essaiera d'en évaluer les conséquences opérationnelles et financières pour le CHPF et l'assurance maladie ; elles sont nombreuses. La conception du bâtiment, ses dimensions, ses spécifications techniques auraient dû s'appuyer sur une analyse approfondie de l'activité du CHPF et des besoins de la Polynésie, sur le projet médical de l'établissement.

- L'évaluation du surcoût de fonctionnement fait l'objet depuis plusieurs années de nombreux débats : l'amortissement du bâtiment et des équipements médicaux, les créations d'emplois, la maintenance d'un équipement surdimensionné en constituent les principaux points. Le chiffrage a donné lieu à des résultats très divers. Aujourd'hui, entre 1,4 Mds CFP selon la direction du CHPF et 3 Mds F CFP selon l'estimation maximale de la CTC, il ne sera que très partiellement couvert par la réduction du coût des évacuations sanitaires, les soins en constituant la principale composante.
- En tout état de cause, la fragilité des données relatives aux effectifs, à la masse salariale, à l'activité et au coût du CHPF, l'absence d'informations complètes sur les conditions de maintenance des équipements médicaux et du bâtiment, les marges d'incertitudes inévitables dans la conduite d'opérations de cette envergure, ainsi enfin que la difficulté réelle d'anticipation des comportements et des dépenses de santé : tous ces éléments doivent inciter l'ensemble des acteurs à éviter la « guerre des chiffres », à reconnaître la difficulté de l'exercice.
- Enfin, si le poids du CHPF dans les dépenses de santé en Polynésie est considérable, il serait facile mais faux de considérer que le NH sera le seul, même le principal, élément d'explication de la situation financière de l'assurance maladie. L'annexe consacrée au sujet y revient longuement : c'est autant la réduction du financement de l'assurance maladie par la baisse des cotisations, le prix élevé de la santé en Polynésie, son niveau de prise en charge que le poids de l'hospitalisation qui, ensemble, expliquent la situation financière dégradée de la branche maladie de la PSG.

Après avoir rappelé l'estimation officielle, par la direction du CHPF et le ministère de la santé, des surcoûts de fonctionnement du NH, on examinera les questions non résolues à ce jour qui pourraient conduire à les revoir à la hausse avant de proposer des mesures de court ou moyen termes qui permettraient d'en limiter l'impact sur les finances du Pays et de l'assurance maladie.

## **2.1. *Etat des lieux / informations officielles***

### **2.1.1. Retour sur les principales étapes du projet, le coût de l'investissement et les nouvelles capacités de l'établissement**

Par convention du 18 juillet 2003, la collectivité de Polynésie a confié à l'Etablissement d'aménagement et de développement, l'EAD, la maîtrise d'ouvrage déléguée relative à la construction du nouvel hôpital. Le chantier est en cours de réception service par service et remise des locaux au futur exploitant le 1<sup>er</sup> juin 2010 (arrêté d'affectation n° 1917/MAE du 12 avril 2010).

Avant le déménagement, d'importantes opérations de préparation et de certification par le CHPF doivent être menées (vérification des gaz médicaux, opérations de bio-nettoyage, approvisionnement des services en médicaments etc.) ainsi que différentes visites de conformité par les autorités sanitaires.

En 2010, on estime le coût total de l'investissement à 47 000 MFcfp (391 M€) : 39 000 en construction (325M€), 8 000 en équipements (première phase de travaux menée par l'entreprise Bouygues 7 000 MF CFP ; deuxième phase de travaux menée par l'EAD : 32 070 M F CFP ; Equipements : 7 957 M F CFP).

L'offre de soins du CHPF est donc amenée à croître en volume et en diversité.

On passe en effet de 332 lits à 447 lits (64 lits de psychiatrie intégrés et 51 créations de lits) ; de 16 places ambulatoires d'hospitalisation de jour à 46 places, soit 30 places supplémentaires<sup>10</sup>.

Le champ des disciplines médicales et des pathologies prises en charge est amené à s'élargir rapidement dans le cadre du projet médical de l'établissement qui prévoit à la fois des extensions de capacité, la création de petites unités très spécifiques et le lancement d'activités entièrement nouvelles pour le CHPF et la Polynésie :

- unité neuro-vasculaire de 6 lits (prise en charge des AVC);
- 4 lits dédiés à la prise en charge de la douleur ;
- unité de soins palliatifs de 4 lits ;
- unité de surveillance continue pédiatrique de 4 lits ;
- activité de réanimation infantile de 2 lits ;
- création de la radiothérapie ;
- unité d'hospitalisation d'oncologie classique de 6 lits ;
- extension de la médecine interne et polyvalente (de 8 à 19 lits) ;
- mise en place de l'activité de greffe rénale ;
- mise en place d'une activité de médecine isotopique (cancérologie, cardiologie) ;
- création d'une unité médico-judiciaire ;
- création d'une unité de soins de suite et de réadaptation

### **2.1.2. Retour sur les créations d'emplois et l'estimation du surcoût de fonctionnement en année pleine**

Le projet de tableau des emplois du NH, présenté au conseil d'administration du 16 décembre 2008, repose sur l'application des ratios de personnels soignants communément admis dans les établissements comparables de métropole (normes pour les personnels d'unités spécialisés à surveillance continue) et sur le recrutement de personnels médicaux pour les activités nouvelles du projet médical. Ce tableau des emplois prévoit donc la création de 6 emplois médicaux<sup>11</sup> et de 30 emplois non médicaux<sup>12</sup>.

Prévu initialement avec une équipe réduite, le projet de radiothérapie a dû être revu à la hausse, après une recommandation de l'Autorité de Sûreté Nucléaire de doublement des effectifs par métier et par spécialité afin de garantir une présence continue au moment de l'administration des soins. Le CHPF prévoit en conséquence une mise en place progressive du projet avec pour cible 2 radiothérapeutes, 2 praticiens oncologues médicaux, 10 techniciens en radiothérapie, 1 secrétaire médical et 1 assistant social. Cela correspond à 9 créations supplémentaires, 2 PH et 7 personnels non médicaux.

Les dépenses de personnel (groupe 1) devraient donc enregistrer un surcoût initialement prévu à 404 MF CFP, réévalué à 496 MF CFP avec l'adaptation de la radiothérapie, soit + 4.5 % par rapport aux dépenses actuelles de personnel.

---

<sup>10</sup> Arrêté n° 3350 MSP du 30 juin 2009

<sup>11</sup> anesthésie-réanimation ; soins de suite et médecine physique ; endocrinologue-diabétologie ; médecine d'urgences ; médecine isotopique ; néphrologie

<sup>12</sup> 7 infirmiers, 13 aides soignants, 2 préparateurs en pharmacie, 2 diététiciens, 1 technicien, 3 électriciens, 3 techniciens informatique



Les dépenses à caractère médical (groupe 2) devraient connaître une augmentation liée au développement des activités nouvelles, en particulier la prise en charge des cancers (prescriptions médicales liées aux activités nouvelles, notamment le développement des consommations des molécules anticancéreuses). Le surcoût est évalué à 200 MF CFP soit + 5.5 % par rapport aux actuelles dépenses à caractère médical.

Les dépenses à caractère hôtelier, logistique et général (groupe 3) devraient également connaître une croissance importante liée à la superficie, au contenu technique du bâtiment, aux consommations d'énergie électrique (climatisation), la maintenance technique des installations et équipements complexes pour laquelle l'établissement devra faire appel à des prestataires externes. Le surcoût est estimé à 800 MF CFP soit + 42 % par rapport aux actuelles dépenses du groupe 3.

Les amortissements et charges financières (groupe 4), enfin, devraient être significativement plus importants. Le bâtiment (39 Mds F CFP) ne donnera pas lieu à amortissement compte tenu de son affectation au CHPF à titre gratuit, sans transfert de propriété. L'amortissement du bâtiment ne devrait donc pas peser sur le budget de l'établissement et in fine sur les comptes de l'assurance maladie.

En revanche, pour les équipements médicaux (8 Mds F CFP d'investissements) transférés par affectation en pleine propriété au CHPF, l'établissement devra dans les années qui viennent être en mesure de dégager une capacité d'autofinancement suffisante pour assurer leur renouvellement. Il n'est pas envisagé d'augmenter les dotations aux amortissements de l'établissement mais plutôt de recourir à l'emprunt<sup>13</sup>. La mission ne partage pas cette analyse du ministère de la santé et recommande vivement (voir infra) d'augmenter les dotations aux amortissements.

Tableau 10 : Synthèse surcoûts du nouvel hôpital

Groupes de dépenses	Surcoût
Dépenses de personnel (dont radiothérapie)	496 MF
Dépenses à caractère médical (prescriptions)	200 MF
Dépenses à caractère hôtelier, logistique et général	800 MF
Dotations aux amortissements	0 MF
Total	1496 MF
M€	12.5

Source : Communication du Ministre de la santé en conseil des ministres

### 2.1.3. Les surcoûts pour 2010 et le calendrier des opérations

Le budget 2010 du CHPF prévoyait l'attribution d'une enveloppe spécifique « NH » de 1 254 MF CFP dont 50 au titre de la radiothérapie (1 406 MF en année pleine réduite *pro rata temporis* avec la date de déménagement fixée d'abord en avril 2010).

Les surcoûts propres du déménagement en 2010 ont été évalués à 848 MF CFP et se décomposent comme suit :

- dépenses du Taaone à vide du 1<sup>er</sup> juin au 30 septembre 2010 : 81 MF<sup>14</sup> x 4 mois soit 324 MF CFP
- dépenses d'exploitation du Taaone du 30 septembre au 31 décembre 2010 : 117<sup>15</sup> x 3 mois soit 352 MF CFP
- dépenses de fonctionnement de Mamao à vide du 1<sup>er</sup> octobre au 30 décembre : 15 MF

<sup>13</sup> L'endettement actuel du CHPF (1,1 Mds F CFP soit 1,3 année de CAF) est relativement faible

<sup>14</sup> Estimation du coût mensuel de maintenance du bâtiment à vide, à reprendre si tout retard du calendrier

<sup>15</sup> Surcoût mensuel de fonctionnement du Taaone sur la base de 1 406 MF annuels, hors radiothérapie

- dépenses anticipées : recrutements (95 MF), radiothérapie (recrutements 50 MF), achats de tenues du personnel (12 MF)

Le nouveau calendrier des opérations, encore pertinent, s'échelonne comme suit :

- l'arrêté d'affectation du bâtiment n° 1917/MAE du 12 avril 2010 prend effet au 1<sup>er</sup> juin 2010
- délai de préparation des malades : du 1<sup>er</sup> juin au 1<sup>er</sup> septembre 2010
- phase de déménagement : du 13 au 30 septembre 2010
- fermeture et remise à disposition au Pays du bâtiment principal de Mamao à partir du 30 octobre 2010

## **2.2. De nombreuses questions en suspens**

Sans revenir sur les conditions de conduite du projet, on peut distinguer 3 étapes ces 10 dernières années :

- une phase politique avant 2000 marquée par la volonté forte du Territoire de développer ce projet et le retrait de l'Etat qui l'a pourtant financé ;
- une phase de conception et de lancement des travaux marquée par le contentieux avec Bouygues, la reprise par l'EAD du chantier et de manière générale par une très forte ambition architecturale qui l'a largement emporté sur la prise en compte de la finalité du bâtiment, l'activité hospitalière ;
- une phase technique au cours de laquelle le CHPF est enfin associé, plus précisément les différentes composantes médicales de l'établissement, sans vision d'ensemble.

En définitive, l'association trop tardive puis trop complaisante de la communauté médicale de l'établissement a conduit à la réalisation de surcapacités manifestes, au découpage de l'hôpital en unités trop étroites pour permettre la mise en place d'une organisation efficiente en termes de personnels, et à des choix techniques lourds qui vont renchérir le coût de la maintenance.

Sans prétendre avoir identifié les nombreuses questions qui dans les années qui viennent devront trouver une solution organisationnelle et technique, la mission en a identifié quelques unes qui vont très rapidement se poser au nouvel établissement et à ses financeurs, le Pays et l'assurance maladie.

### **2.2.1. Des surfaces trop importantes et sous-optimales, des développements de capacités dont le besoin n'est pas clairement établi**

Selon la Chambre territoriale des comptes, les surfaces construites ne sont pas bien appréhendées par les futurs occupants des lieux, plusieurs évaluations cohabitent :

- 90 000 m<sup>2</sup> de planchers et surface utile de 38 400 m<sup>2</sup> dans l'appel d'offres de travaux de 2003 ;
- l'analyse des coûts d'exploitation par la société OTHEM en 2004 se fonde sur une surface de 62 020 m<sup>2</sup> ;
- Le projet d'établissement du CHPF repose sur l'hypothèse de 61 910 m<sup>2</sup> desquels il faudrait soustraire les locaux techniques.

La Chambre estime qu'en appliquant au CHPF le « référentiel de dimensionnement pour un établissement de santé » de la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier et en le majorant des besoins spécifiques liés à l'éloignement de la Polynésie, 39 900 m<sup>2</sup> de surface utile (49 000 avec les locaux techniques) auraient suffi. On aurait donc, selon les évaluations, entre 10 et 15 000 m<sup>2</sup> excédentaires.

Malgré ce sur-dimensionnement manifeste, certaines activités ne pourront être localisées au Taaone (cf infra, limitation à des locaux relais pour la cuisine et la buanderie, plate-forme logistique pour la pharmacie et les magasins des services économiques...). Des investissements complémentaires seront donc nécessaires.

Le coût de maintenance (en consommation électrique pour la climatisation, ou en personnel pour le bio-nettoyage etc.) sera également trop élevé au regard des besoins réels de l'établissement.

A cette erreur de dimensionnement physique, s'en ajoute une relative à l'activité hospitalière elle-même. La demande de transfert d'activité n'a pas suffisamment tenu compte de la réalité de l'activité et des taux d'occupation de l'hôpital. Ainsi, malgré une stabilité de l'activité en chirurgie, les capacités sont étendues, l'augmentation des lits de médecine semble aussi en décalage avec la réalité. Les équipements médico-techniques lourds, aussi bien les blocs, l'imagerie que la biologie sont manifestement surdimensionnés. C'est l'une des conséquences de l'absence d'analyse de l'activité avant la conception du nouvel établissement.

D'autres segments en revanche apparaissent insuffisamment dotés : 15 lits de soins de suite ont été imposés par l'autorité sanitaire, non demandés par le CHPF, alors que le manque de lits d'aval en Polynésie est important et conduit à des durées moyennes de séjour longues en MCO ; les transports sanitaires.

A noter cependant que le CHPF va passer de 22 services à 12 départements, ce qui représente un changement important d'organisation. La perspective de réduire les unités de soins devrait en effet faciliter la mutualisation des moyens logistiques et des personnels soignants et recèle donc un potentiel d'efficience non négligeable.

### **2.2.2. Calendrier d'ouverture, nouvelles activités et équipements médicaux**

L'ouverture de certaines nouvelles activités du CHPF pose encore des difficultés, notamment autour de la prise en charge du cancer. S'agissant de la radiothérapie, les recrutements en cours ne sont en effet pas finalisés. La direction de l'établissement envisage cependant de pouvoir accueillir les premiers patients le 15 décembre 2010 après les périodes de formation des personnels sur les nouveaux équipements. S'agissant de la médecine isotopique, dont le rôle dans la qualité et la précision du diagnostic est essentiel, le CHPF a prévu l'acquisition de deux gamma-caméras. Or, il apparaît aujourd'hui qu'un TEP et un cyclotron – équipements qui supposent un bâtiment adapté – permettent d'éviter de dramatiques pertes de chances aux patients. L'établissement essaie de trouver une solution, autour d'un « mini-cyclotron ». Il n'est pas encore établi que cette solution existe et en tout état de cause ces équipements n'ont pas été prévus en 2008 et ne sont pas par conséquent chiffrés dans l'enveloppe de 8 Mds F CFP d'équipements<sup>1617</sup>. Enfin, la prise en charge chirurgicale des cancers devra faire l'objet d'une analyse précise pour permettre aux patients de bénéficier des meilleurs soins<sup>18</sup>.

En définitive, le parcours de prise en charge des cancers, du diagnostic aux soins, n'est pas à ce jour complètement garanti au sein du CHPF. On ne peut pas dans ce cas considérer que toutes les évasans liées à cette pathologie cesseront.

---

<sup>16</sup> Les différences de coûts sont importantes : 2,5 M€ pour un cyclotron contre 600 K€ pour une gamma-caméra.

<sup>17</sup> Le CHPF se rapproche de l'Institut Curie sur ce point et envisage une recherche de financements complémentaires auprès de l'Union européenne.

<sup>18</sup> La qualité des soins en chirurgie est notamment liée au nombre d'actes réalisés par les praticiens, pour un certain nombre d'entre eux, la dimension de la Polynésie ne permettra pas de l'atteindre.

S'agissant de la greffe rénale, la transplantation sur place va représenter un immense progrès sanitaire pour les patients dialysés greffables (environ la moitié d'entre eux, soit 150 sur 300) selon l'APURAD<sup>19</sup>. Certains obstacles culturels forts persistent en Polynésie sur les dons à partir de personnes décédées et en tout état de cause, un important travail réglementaire sur les dons d'organes doit être engagé puisque la législation métropolitaine ne s'applique pas. Cette activité, qui suppose des besoins en personnels et en maintenance très importants, ne créera pas d'économies.

Les conditions d'acquisition des équipements médicaux par l'EAD en 2008 ne permettent pas au CHPF d'avoir aujourd'hui une vision précise de leurs conditions de maintenance et de garantie.

Le calendrier officiel d'emménagement dans le bâtiment du Taaone est à ce jour confirmé par la direction de l'établissement. Des opérations complexes sont en cours (40 jours de tests des 4 000 prises de fluides par les préparateurs en pharmacie par exemple...) et les représentants de la CME, rencontrés en mai, déclaraient ne pas pouvoir s'engager sur le calendrier prévu.

Le CHPF est affectataire du nouvel hôpital depuis le 1<sup>er</sup> juin et s'acquitte depuis des dépenses de fonctionnement (électricité, fuel etc. environ 81 MF CFP par mois). Les 13 et 15 septembre commenceront les opérations de déménagement des matériels, le 24 septembre le bloc opératoire, le 27 septembre enfin et jusqu'au 20 octobre, les patients seront transférés.

### **2.2.3. Certains investissements complémentaires sont d'ores et déjà identifiés, d'autres devront l'être**

#### 2.2.3.1. Les investissements identifiés

La plateforme logistique et les magasins du CHPF: 550 MF d'investissement, 10 MF de fonctionnement annuel, 30 mois de délai.

Malgré des conditions actuelles de stockage critiques à Mamao, le projet de Nouvel hôpital n'a pas intégré ces besoins, estimés à 5 000 m<sup>2</sup> de terrain et 2 500 m<sup>2</sup> de surface couverte pour accueillir la pharmacie, les magasins généraux et les archives du CHPF. Une étude de faisabilité d'une plateforme logistique a conduit à une estimation de l'investissement nécessaire à hauteur de 519 MF pour le foncier et la construction, auxquels s'ajoutent 30 MF d'investissement en matériel, soit 550 MF CFP. Le fonctionnement annuel de cet équipement pourrait avoisiner les 10 MF CFP. Le délai de réalisation à compter de la décision et de la localisation est évalué à 30 mois. Dans l'intervalle, la pharmacie de l'hôpital demeure sur le site de Mamao.

Il est envisagé d'aller plus loin en installant Pharmapro, la centrale d'achat de la direction de la santé sur le même site. Dans la perspective de l'intégration des 4 hôpitaux de la direction de la santé au CHPF, et en reconnaissant bien la mission spécifique de Pharmapro qui approvisionne également les dispensaires et centres de consultations spécialisées de la direction de la santé, on peut à l'instar de la Chambre territoriale des comptes, suggérer aux autorités polynésiennes de fusionner les deux organisations en une seule pharmacie publique.

**Recommandation n°12 : La mission recommande, avant d'envisager de nouveaux investissements d'équipements médicaux (TEP), de procéder à une analyse approfondie de l'activité et des besoins.**

**Recommandation n°13 : La mission recommande, avant de lancer ces nouvelles opérations d'investissement de recourir à un audit architectural et technique approfondi afin de :**

- **mesurer de manière définitive les surfaces disponibles dans le bâtiment ;**
- **d'examiner les possibilités de transformation de certaines d'entre elles afin de pouvoir accueillir la plateforme logistique, les magasins du CHPF, ainsi que les services logistiques (cuisine, buanderie)**

---

<sup>19</sup> Association pour l'utilisation du rein à domicile

#### **Recommandation n°14 : Engager une réflexion sur le rapprochement entre la pharmacie du CHPF et celle de la direction de la santé**

La centrale de production d'oxygène : 170 MF CFP d'investissement, économie de 180 MF par an, en cours d'année 2011

La production d'oxygène pur à 98 % est aujourd'hui un monopole d'Air liquide en Polynésie, qui propose des prix 30 fois supérieurs à ceux de la métropole, ce qui représente un coût annuel de 180 MF CFP pour le CHPF. Il est désormais possible d'utiliser de l'oxygène pur à 95 % en univers hospitalier et le CHPF, avec l'EAD, envisage de procéder à un investissement, évalué à 170 MF CFP, dans une centrale de production interne qui serait située dans le bâtiment Jean Prince, qui jouxte l'hôpital du Taaone. Cette opération ne pourra être réalisée qu'après la « déconstruction » de cet édifice (présence d'amiante confinée), opération relativement simple selon l'EAD, qui devrait prendre quelques mois. Le conseil d'administration et la CME du CHPF ont validé cette opération, ainsi que la CPS.

La conduite de cette opération est renvoyée à 2011, après l'ouverture et devra en tout état de cause faire l'objet d'une instruction technique et réglementaire approfondie.

#### **Recommandation n°15 : Sur la production d'oxygène médical, la mission recommande à la Collectivité et au CHPF de procéder à une analyse approfondie des avantages et inconvénients de la production interne (coût de l'investissement, maintenance de l'équipement) et de l'appel à un prestataire externe (conditions tarifaires et respect de la concurrence)**

##### 2.2.3.2. Deux questions lourdes non tranchées

#### **L'épineuse question de la gestion des déchets hospitaliers**

La Chambre territoriale des comptes revient longuement sur ce point en considérant que la gestion des déchets n'est toujours pas assurée pour l'hôpital de Mamao et que les conditions de sa résolution pour le Taaone ne sont pas réunies. Il n'est pas inutile de revenir sur les circonstances passées et actuelles :

- 1994 : inscription au contrat de développement d'une opération prioritaire d'achat d'un incinérateur dans un plan plus vaste d'élimination des déchets hospitaliers
- 1997 : subvention de 107,5 MF CFP de l'Etat à la collectivité, soit 100 % de l'investissement
- 1999 : subvention de 116,5 MF CFP de la collectivité au CHPF, dont seuls 50 % seront effectivement versés en 2000
- 2000 : livraison et entrepôt de l'incinérateur au CHPF, qu'il a payé, non utilisé ni entretenu après la décision du Président de Polynésie de transférer l'ensemble des activités de traitement des déchets vers le centre d'enfouissement NIVÉE
- 2007 : le CHPF doit rembourser l'acompte perçu (58 MF CFP) alors même qu'il a payé l'incinérateur, jamais utilisé.

Le coût de la remise en état de l'incinérateur a été évalué à 83 MF CFP (sur 116 MF d'investissement).

Le CHPF a fait réaliser une étude en 2006 sur la gestion des déchets d'activité de soins à risque infectieux : il en produit 368 tonnes par an sur 554 pour l'ensemble de la Polynésie. Il s'est également préparé à la gestion de ses déchets dans le cadre du nouvel hôpital mais il ne sera pas l'exploitant de la filière, l'exploitant de la centrale NIVÉE n'étant toujours pas désigné, la phase de traitement terminal des déchets hospitaliers reste à imaginer.

## La climatisation du CHPF

Actuellement l'établissement s'acquitte d'une facture EDT de 500 MF CFP par an dont 180 directement liés au refroidissement. Cette facture va connaître une importante croissance dans le nouveau bâtiment, beaucoup plus vaste. Le CHPF a donc envisagé de recourir à la technique du refroidissement à l'eau de mer<sup>20</sup>. L'EAD a anticipé cette question en prévoyant dans la structure du bâtiment les éléments techniques qui permettraient de l'utiliser. Le recours à cette technique suppose un investissement conséquent (3 Mds F CFP) qui permettrait ensuite d'économiser 150 MF CFP par an de facture d'électricité. Il semble que le Pays s'engage plutôt sur la voie du recours à un industriel du secteur privé qui procéderait à cet investissement et revendrait ensuite les frigories au CHPF. Dans ce cas l'économie réalisée se limiterait à 15 MF CFP par an.

Si l'on comprend bien que la Polynésie privilégie le recours à un opérateur privé pour réaliser cet investissement conséquent, la mission recommande la plus grande vigilance sur les conditions ultérieures de tarification des frigories.

**Recommandation n°16 : Si le projet de climatisation à l'eau de mer est poursuivi, garantir des conditions de concurrence et de tarifs équilibrées. Associer la direction du CHPF au choix du prestataire et à la discussion des tarifs.**

### **2.2.4. L'avenir du site de Mamao**

Cette question a fait l'objet d'une communication en Conseil des ministres en août 2009. La détermination de la destination des 11,5 hectares libérés suppose une modification du plan général d'aménagement.

A ce stade, sont envisagés la réhabilitation du bâtiment principal qui pourrait accueillir des locaux administratifs, la création d'un espace sportif, le regroupement de deux écoles, la réhabilitation des quartiers insalubres de Mamao Aivi et Mamao Vallon, la création d'un bâtiment mixte (commerce, tertiaire, logement), et la finalisation de la liaison routière entre les vallées de la Mission et de Titiro.

**Recommandation n°17 : Envisager l'utilisation de l'emprise de Mamao libérée par l'hôpital pour répondre à des besoins non satisfaits (logement social, établissements médico-sociaux pour personnes âgées...).**

### **2.3. Le coût de fonctionnement du NH : entre 1. 4 et 3 Mds F CFP ?**

#### **2.3.1. Le personnel**

La Chambre territoriale des comptes revient sur les importants écarts dans les estimations (2006-2008) des effectifs supplémentaires nécessaires au fonctionnement du CHPF : 296 emplois selon la direction des soins, 35 postes selon les conseillers généraux des établissements de santé intervenus en 2007, 174 selon le « scénario unique d'ouverture » de la direction précédente, 55 selon la direction actuelle dont 36 de créations nettes après redéploiements.

On a vu plus haut que le suivi quantitatif très approximatif des effectifs du CHPF devait conduire à la plus grande prudence dans l'analyse des données ; l'amplitude de ces estimations est un autre encouragement à la prudence. La gestion de la masse salariale et des effectifs dans un hôpital constitue vraisemblablement, avec la connaissance précise de l'activité, la plus grande difficulté et par conséquent la principale zone de risque.

La direction de l'établissement insiste pourtant sur sa détermination et sa faculté à maîtriser les dépenses du groupe 1 et admet être plus inquiète sur les coûts de la maintenance (groupe 3).

---

<sup>20</sup> Cela consiste à aller chercher à 900 m de profondeur de l'eau de mer à 5° C qui permet de refroidir la structure du bâtiment.

Le nouveau directeur général déclare être parti d'une page blanche, comme s'il s'agissait d'ouvrir un hôpital entièrement nouveau et non d'un transfert. L'application des ratio standard à un gain de capacités d'environ 80 lits l'a donc conduit à une estimation de 55 emplois nécessaires. Des discussions se sont ensuite engagées pendant 3 mois à l'automne 2008 avec la CME et les organisations syndicales pour identifier les marges de redéploiement et parvenir à une création nette de 36 emplois (30 PNM et 6 PM).

Les mesures envisagées sont la réorganisation des laboratoires par la robotisation et la mutualisation (8 postes IDE, AS et ASH), la disparition de la fonction d'hôtesse ménagère (12 à 18 postes), la réorganisation de la diététique (5 postes), les gains de temps dans les services de soins (10 à 15 h/ service non mesurable en postes) grâce aux circuits de distribution du médicament, du linge, des prélèvements, des résultats de laboratoire et la sous-traitance de la fonction ménage, la réduction de l'équipe de remplacement des PNM, la suppression de l'équipe de remplacement des agents administratifs, enfin la suppression des congés rayons (2,5 ETP),.

La direction parvient ainsi à un surcoût net de 306 MF CFP (396 avec les changements liés à la radiothérapie intervenus ultérieurement).

La CTC exprime des doutes, que la mission partage assez largement, sur le réalisme de ces propositions. La CTC réévalue très sensiblement le surcoût de la masse salariale à 481 MF CFP.

La mission a cependant pu mesurer sur place la détermination de l'équipe de direction du CHPF :

- sur les congés rayons, jusqu'ici attribués automatiquement aux agents des services concernés (dont les médecins) 40 décisions individuelles ont été notifiées aux intéressés<sup>21</sup>, leur précisant qu'ils seront désormais accordés en fonction de l'exposition réelle mesurée ;
- les situations individuelles des hôtesse ménagères sont examinées afin de les redéployer ou sur des postes d'ASH dont l'hôpital manque, ou dans les services de pédiatrie dans lesquels leur fonction actuelle semble avoir encore un sens ;
- 6 postes administratifs ont été gelés ;
- aucun remplacement des agents administratifs absents n'a été accordé depuis le début de l'année ;
- les remplacements des personnels soignants sont strictement encadrés et accordés par la DRH désormais et non la direction des soins après avoir constaté la nécessité absolue de service (1 sur 3 voire 1 sur 4)
- le contrôle des gardes et astreintes ainsi que des heures supplémentaires (hors heures structurelles) s'est renforcé.

La direction identifie également des pistes pour l'avenir : le nombre de secrétaires médicales, le nombre d'infirmières dans les services de consultation et le nombre de cadres soignants.

Les principales marges de manœuvre dont dispose l'établissement reposent dans l'ouverture différée des services en fonction de l'activité réelle, des taux d'occupation et dans leur réorganisation afin qu'ils atteignent une taille critique suffisante pour réaliser des gains d'efficacité. Pour un service de 20 à 24 lits, on considère que l'effectif nécessaire est 2 IDE de jour, 1 de nuit. Or, dans le nouvel hôpital, de nombreuses unités oscillent entre 12 et 15 lits, soit bien en-deçà. La « balkanisation » des services, phénomène courant dans les hôpitaux, n'a pas été suffisamment maîtrisée au CHPF à cause notamment des conditions de conception du projet évoquées supra. Des rapprochements en cours pourraient cependant en limiter l'impact.

**Recommandation n°18 : La mission recommande au CHPF de poursuivre activement sa stratégie de regroupement d'unités de soins afin de réduire les besoins en personnels soignants et d'améliorer la qualité des soins.**

---

<sup>21</sup> Le protocole de fin de grève évoque l'application des congés rayons dans le cadre des dispositions de l'arrêté de 1975, c'est-à-dire l'octroi de congés en fonction de l'exposition effective et mesurée aux radiations des agents. La direction de l'établissement ne considère donc pas que cela invalide sa stratégie.

A ces incertitudes s'ajoute l'immense difficulté que va représenter pour l'organisation du travail le passage d'un hôpital « traditionnel », vétuste à un hôpital hyper moderne. Une partie du personnel pourrait rencontrer des difficultés d'adaptation.

En définitive sur le personnel, le surcoût devrait se situer entre 396 MF (estimation de l'hôpital) et 481 MF, celle de la CTC. Au vu du poids de la masse salariale dans le budget de l'établissement (au-delà des 10 Mds FCFP), des trop grandes incertitudes sur les effectifs et leur adaptation au nouvel équipement, cette marge de 100 MF CFP n'apparaît pas excessive.

Les réelles marges de gains reposent sur des opérations de moyen terme que l'on développe infra (non remplacement des départs de certaines catégories, gestion des éléments variables de la masse salariale liés au temps de travail).

**Recommandation n°19 : La mission considère que les incertitudes structurelles sur les effectifs de l'établissement, le caractère limité de la marge d'erreur sur la part des dépenses de personnel dans le surcoût de fonctionnement du NH (100 MF CFP) ainsi que les stratégies de montée en charge progressive des nouvelles activités de la direction du CHPF permettent de considérer comme fiables les perspectives défendues par la direction (+ 400 MF CFP pour le groupe 1).**

### **2.3.2. L'amortissement du bâtiment et des équipements médicaux**

Le fait qu'à quelques mois de l'ouverture de l'établissement, les nombreuses questions relatives aux conditions d'amortissement du bâtiment et des équipements médicaux ne soient non seulement pas tranchées mais fassent en outre l'objet d'informations et de signaux contradictoires est emblématique de l'incertitude qui a entouré toute la gestion de projet.

La mission rappelle en préalable que l'amortissement n'est pas optionnel, il garantit la moyen et long termes le maintien du patrimoine de la collectivité et de ses établissements, il permet en outre d'avoir une vision réelle de ce patrimoine et des marges de financement de l'investissement.

**Cela étant précisé, deux scénarios peuvent être identifiés, l'un optimal, l'autre de second rang.**

**Le scénario optimal consisterait à transférer la propriété et en conséquence la responsabilité de l'amortissement au CHPF, aussi bien pour les bâtiments que pour les équipements médicaux. Ce scénario suppose que la collectivité accorde à l'établissement une subvention lui permettant d'amortir effectivement.**

**Le scénario dégradé consiste à distinguer l'amortissement du bâtiment d'une part, qui relèverait de la collectivité dont il resterait la propriété et l'amortissement des équipements d'autre part, à la charge du CHPF, qui en devient le propriétaire et en assure la maintenance et le renouvellement.**

Un groupe de travail placé sous l'égide du ministère des finances, réunissant les directions du budget, des finances, des affaires foncières, de la paie et le CHPF a fait des propositions allant en ce sens.

#### Pour les équipements

- transfert de propriété de l'EAD au CHPF pour les équipements sous forme d'une cession à titre gratuit pour les équipements neufs à leur valeur d'acquisition (8,3 Mds)
- maintenance et renouvellement de ces équipements sur des échéances courtes (5 à 7 ans)
- 1,6 Mds d'amortissement annuel pour les nouveaux équipements + équipements actuels de Mamao non amortis : coût brut 2,2 Mds F / an pour amortir les équipements. Net de 200 à 300 MF des 800 annuels de dotations actuelles. Coût net 1,3 à 1,4 Mds F CFP.



Tableau 11 : Schéma d'amortissement du NH

Hypothèses de durée d'amortissement	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans
Amortissement équipements nouveaux	1400	1200	1000	900	800
Amortissements transférables NH	500	500	500	500	500
Total	1 900	1 700	1 500	1 400	1 300
Base 2009 Mamao	800	800	800	800	800
Surcoût des amortissements NH	1 100	900	700	600	500

Source : CPS

Pour réduire l'impact sur l'assurance maladie, il est envisagé de les amortir sur 10 ans en faisant porter la charge

- soit sur le CHPF, par des dotations annuelles aux amortissements qui pèseront donc sur l'assurance maladie,
- soit sur le Pays : affectation au CHPF portant sur l'actif et le passif -subvention DGDE au passif amortie sur la même durée que les équipements-. En comptabilité, le crédit 777 « quote part des subventions d'investissement transférées au compte de résultat » compense le débit du compte 681, dotations aux amortissements. Cela étant, ce montage ne permettra pas au CHPF de reconstituer sa CAF pour le renouvellement des équipements. D'où la nécessité pour le CHPF d'emprunter,
- soit de ne pas amortir les équipements, à charge pour le CHPF de recourir à l'emprunt au moment du renouvellement.

La mission recommande d'exclure la 3<sup>ème</sup> option, de mobiliser les finances du Pays sur l'amortissement du bâtiment plutôt que sur les équipements et donc de privilégier la première. L'amortissement d'équipements médicaux est une charge de fonctionnement « normale » d'un établissement de soins, dont le budget annuel, en l'occurrence la dotation globale, doit intégrer le coût.

Le choix d'une durée de 10 ans, certes longue, paraît raisonnable au regard de la situation de l'assurance maladie, du poids des autres surcoûts connus ou à venir et de la capacité d'emprunt de l'établissement.

Il reste de lourdes annuités d'amortissement pour certains équipements de Mamao qui vont rejoindre le NH (IRM, scanner). Certains devront être renouvelés dans 4 à 5 ans. En l'absence d'un inventaire précis de l'actif, et de fiches d'amortissement, la direction des affaires financières de l'établissement demeure très circonspecte sur ces hypothèses. Ainsi, on avance régulièrement le chiffre de 80 % d'équipements neufs mais il ne repose sur aucune base financière.

Le CHPF est en train de prendre possession du bâtiment et des équipements, il ne dispose pas encore d'une vision complète des conditions de leur maintenance, de leur garantie etc. Comme pour les dépenses de personnel, la mission invite à la plus grande prudence dans l'interprétation des chiffres aujourd'hui débattus. La CTC considère d'ailleurs que le surcoût net de la dotation actuelle aux amortissements approche 1,4 Mds F CFP plutôt que 500 MF envisagés par le groupe de travail, ou même 0 MF dans la communication du ministre de la santé<sup>22</sup>.

On voit donc que la divergence des analyses sur les charges d'amortissement des équipements médicaux porte sur 1 Md F CFP, soit 10 fois plus que celle relative aux dépenses de personnel.

**Recommandation n°20 : Sur l'amortissement des équipements médicaux, la mission propose, en rejoignant le choix d'une durée d'amortissement de 10 ans, de retenir un ordre de grandeur supérieur à 1 Md F CFP.**

<sup>22</sup> Qui évoquait simplement exclure l'augmentation de la dotation aux amortissements. La mission estimant que l'amortissement est une dépense nécessaire, elle ne partage évidemment pas cette analyse.

### Pour le nouveau bâtiment principal

Le groupe de travail proposait la passation d'une convention de gestion avec le CHPF qui bénéficierait d'un droit d'occupation gratuite pour une durée déterminée de 3 à 5 ans, pendant laquelle on pourrait apprécier les évolutions de l'activité et des coûts. Pendant ce temps, la collectivité prend en charge les amortissements, en neutralise les conséquences par l'amortissement des subventions reçues (DGDE 32,5 MdsF).

La mission recommande de suivre cette voie, sans envisager de durée déterminée. La durée d'amortissement envisagée (40 ans) pourrait même être légèrement prolongée pour limiter l'impact sur les finances de la collectivité. La reprise de la subvention d'investissement permettra d'en neutraliser une partie. Ce schéma est d'ailleurs déjà intégré dans les perspectives financières 2011-2014 de la direction du budget.

La mission recommande en outre de stabiliser très rapidement le montage de cette opération : l'arrêté d'affectation des locaux au CHPF prévoyait en effet un transfert de propriété et donc de la charge d'amortissement. Le Président de Polynésie s'est engagé à le modifier.

**Recommandation n°21 : Pour l'amortissement du bâtiment, la mission recommande la mise à disposition gratuite par le territoire au CHPF du bâtiment, son amortissement dans les comptes de la collectivité sur une durée qui peut dépasser 40 ans et donc confirme la pertinence des perspectives financières 2011-2014 de la direction du budget. Elle considère cependant que cette durée d'amortissement, recommandée au regard des difficultés financières de la collectivité, suppose des efforts conséquents de maintenance de l'équipement.**

L'opération en cours pourrait être l'occasion de clarifier un certain nombre d'éléments :

- le bâtiment de Mamao : les locaux sont entrés dans l'actif du CHPF en 1984 mais aucun acte juridique n'a été pris à l'époque. Il faudrait constater une rétrocession à la Polynésie du bâtiment en prévoyant l'occupation d'au moins une partie de ces locaux pour certaines activités (pharmacie)
- aucune convention de transfert entre la collectivité et le CHPF n'a accompagné l'unité de psychiatrie achevée en 2003. Elle ne fait donc l'objet d'aucun amortissement. Cette situation pourrait être régularisée dans le même sens que pour le bâtiment principal (propriété et donc amortissement par la collectivité)
- le SAMU : il s'agit d'une nouvelle construction réalisée sur fonds propres de l'EAD, qui comprend des locaux commerciaux et des locaux administratifs. Là encore, la proposition d'une mise à disposition gratuite du CHPF, assortie d'un amortissement dans les comptes de l'EAD ou de la Polynésie permettrait de régulariser la situation.

**Recommandation n°22 : L'opération en cours pourrait fournir l'occasion de clarifier la situation d'un certain nombre d'opérations passées : régularisation du statut du bâtiment de Mamao, de l'unité de psychiatrie et du SAMU**

### **2.3.3. La maintenance, les dépenses logistiques et hôtelières**

L'hôpital n'a pas, faute d'en avoir piloté la conception et la réalisation, de vision précise du NH et sa direction de l'établissement exprime ses doutes et ses inquiétudes sur le coût de maintenance du futur équipement. Les sources de surcoût sont nombreuses: la maintenance des installations techniques, la maintenance biomédicale, l'augmentation des surfaces et des volumes, la sécurité incendie, les consommations d'énergie, les inévitables contrats de prestations externes etc.

En 2004, le rapport de la société OTHEM, diligentée pour évaluer les coûts d'exploitation, de fonctionnement et de maintenance de l'hôpital, évaluait ces coûts à 817 MF CFP (coût actualisé à la valeur de 2008). Ni la maintenance informatique, ni le traitement des déchets n'ont été intégrés dans cette estimation. La mission ne dispose pas d'éléments d'information lui permettant d'évaluer le surcoût lié à cette question.

Au-delà de son coût, le niveau de complexité de la maintenance imposera certains choix au CHPF qui devra en externaliser l'essentiel et s'en tenir pour les agents en place à une maintenance de premier niveau. Il n'est pas non plus acquis que l'établissement trouve les compétences en Polynésie, en particulier pour la maintenance du parc biomédical, très hétérogène, dont les fournisseurs sont multiples.

Évalué par l'établissement à 800 MF CFP, entre 800 et 900 MF CFP par la Chambre territoriale des comptes, le surcoût des dépenses de fonctionnement du groupe 3 (dépenses logistiques et hôtelières) est certainement le plus incertain (si l'on considère tranchée la question de la charge d'amortissement du bâtiment). La mission recommande de considérer un ordre de grandeur légèrement inférieur à 1 Milliard de F CFP.

**Recommandation n°23 : La mission recommande de revoir légèrement à la hausse l'estimation des dépenses logistiques et hôtelières du NH**

Tableau 12 : Estimations du surcoût de fonctionnement du CHPF

MF	Données publiques	Evaluation de la CTC	Evaluation de la mission
Groupe 1	400 MF	450 MF	400 MF
Groupe 2	200 MF	300 MF	200 MF
Groupe 3	800 MF	800 / 900 MF	900 / 1000 MF
Groupe 4	0 MF	1 400 MF	1 000 / 1 100 MF
Total	1 400 MF	2 900 / 3 000 MF	2 500 / 2 700 MF

Source : Données CHPF/CPS/Pays ; rapport CTC

Groupe 1 : charges de personnel (dont radiothérapie)

Groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical

Groupe 3 : charges d'exploitation à caractère hôtelier et général

Groupe 4 : amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles

A noter que le différentiel s'explique essentiellement par les dotations aux amortissements des équipements médicaux ainsi que, plus marginalement, par les dépenses de maintenance.

**Recommandation n°24 : En définitive, la mission propose de retenir une hypothèse de surcoût de fonctionnement du NH comprise entre 2.5 et 2.7 Mds F CFP**

## 2.4. *Comment limiter le surcoût de fonctionnement du CHPF ?*

### 2.4.1. **A court terme, différer l'ouverture de certaines activités et rechercher des ressources complémentaires**

- 2.4.1.1. A court terme, et de manière certaine, seul le décalage de l'ouverture de certaines nouvelles activités permettra de limiter l'ampleur du surcoût de fonctionnement

La direction de l'établissement se prépare à n'ouvrir les nouvelles activités qu'au fur et à mesure des redéploiements de personnels et d'une amélioration de la connaissance du fonctionnement de l'établissement. Certaines de ces opérations ont été annoncées au personnel de l'établissement, notamment le rapprochement de la neurochirurgie et de la chirurgie orthopédique, le passage en hospitalisation de semaine de l'ORL – ophtalmologie ainsi que le redéploiement de personnels non médicaux des consultations vers les services d'hospitalisation.

- ne pas mettre en place l'unité de soins palliatifs, 4 lits prévus au sein de la pneumologie : 4,2 IDE et 4,2 AS soit 8,4 ETP
- ne pas ouvrir les 6 lits d'hospitalisation de cancérologie : même gain, 4,2 IDE et 4,2 AS soit 8,4 ETP
- ne pas mettre en place l'unité de surveillance continue en néphrologie (4 lits) pour les suites de greffes rénales : 4,2 IDE et 2,1 AS soit 6,3 ETP
- mutualiser les personnels de la neurochirurgie et de la chirurgie orthopédique : 1 cadre, 6 IDE, 4 AS, 2 ASH soit 13 ETP
- ne pas mettre en place les 2 lits de réanimation infantile : passage de 6 à 8 lits de la néonatalité permet la réduction d'un poste d'IDE le jour et la nuit, gain 4,2 IDE
- regrouper et mutualiser le fonctionnement des services de médecine interne, de gastroentérologie, de diabétologie-endocrinologie et réduire la capacité de médecine interne de 19 à 16 lits : les 3 unités constituent un ensemble de 48 lits, soit 2 x 24 pour le personnel. La mutualisation permet de réduire les besoins de 10 ETP (5 IDE et 5 AS)
- transformer la diabétologie-endocrinologie en hôpital de semaine : 2,4 ETP (1,2 IDE et 1,2 AS).

L'ensemble des ces opérations permettrait de gagner près de 52 ETP (30 IDE et 22 ASH) soit **une économie de masse salariale de près de 244 MF CFP.**

Sont également à l'étude la suppression de l'unité de traitement de la douleur dont les missions seront assurées par les soins palliatifs et la pneumologie et l'abandon du projet d'unité de cohorting (unité dédiée au suivi des patients atteints de maladies très contagieuses) dans la mesure où le risque de contagion est considérablement diminué dans le nouvel hôpital puisque 80 % des patients occuperont des chambres individuelles. Ces projets devraient permettre de réduire les équipes de remplacement des personnels soignants.

- 2.4.1.2. A court terme, de manière moins certaine, la recherche de ressources complémentaires pourrait limiter l'ampleur du surcoût

L'une des pistes de recherche de ressources complémentaires consiste pour le CHPF à optimiser son outil de production. Doté de 14 blocs opératoires, d'une chaîne robotique de biologie et de matériels d'imagerie très performants, le CHPF pourrait envisager la location de ces équipements à des professionnels de santé privés ou libéraux. Faute d'une vision des besoins, et compte tenu des difficultés pratiques considérables de ce type d'opérations, la mission se garde bien d'estimer les recettes que l'on pourrait en escompter. En revanche, elle recommande vivement d'explorer cette piste qui permettrait de surcroît de justifier a posteriori le dimensionnement de ces équipements.

**Recommandation n°25 : La mission recommande au CHPF d’explorer toutes les pistes de développement de ressources complémentaires par la location de ses installations (blocs opératoires, imagerie et laboratoire) aux cliniques ou aux médecins libéraux.**

Autre piste largement explorée par le rapport de la Chambre territoriale des comptes, l’amélioration de la facturation et du recouvrement des créances. Elles représentent aujourd’hui près d’1 milliard de F CFP et même si la proportion de créances douteuses est importante, le flux de créances non recouvrées représente chaque année plusieurs centaines de MF CFP.

Au vu de l’offre de soins polynésienne, dans laquelle le CHPF occupe une position dominante très forte, la mission ne recommande pas qu’il développe certains segments d’activité au motif de leur « rentabilité ». Les différents acteurs de l’offre de soins ont d’ores et déjà largement exploré les marges d’optimisation de l’assurance maladie sans qu’on les encourage à poursuivre. En outre, la mission recommande de revoir entièrement le mode de financement de l’établissement (cf Annexe Assurance Maladie) en cessant la forme locale de tarification à l’activité en place depuis 2006. Avantageuse pour le CHPF, elle l’est moins pour l’assurance maladie<sup>23</sup>.

**2.4.2. A moyen terme, seules des mesures structurantes et difficiles permettraient au CHPF de réduire son coût de fonctionnement**

2.4.2.1. Agir sur les dépenses de personnel

Des marges à explorer sur la réduction des effectifs

Comme pour l’ensemble des structures publiques de Polynésie française, la mission recommande de suspendre les recrutements, de limiter les remplacements des agents partant à la retraite. Les fonctions administratives du CHPF pourraient donc se voir appliquer les mêmes restrictions que dans d’autres établissements.

Ce raisonnement n’a évidemment pas vocation à s’appliquer de la même manière pour les emplois médicaux et soignants. Cela étant, le CHPF connaît une situation tout à fait singulière d’excédent d’infirmiers et de déficits d’aides soignants. Il connaît également des ratios / lit nettement plus élevés que dans d’autres établissements de soins comparables. La mission considère par conséquent que s’il doit être adapté aux métiers et contraintes spécifiques de la filière santé de la fonction publique territoriale, le principe du non remplacement systématique des agents partant en retraite doit également concerner les professions médicales et soignantes.

La principale piste d’économies réside dans la réduction significative des éléments variables de rémunération des agents du CHPF

Les propositions ont été développées plus haut.

Les praticiens du CHPF détachés de la fonction publique hospitalière de métropole viennent d’obtenir dans le protocole de fin de grève la reprise d’ancienneté qui devrait conduire au moins pour certains d’entre eux à une augmentation de leur rémunération. D’autres pistes de rapprochement pourraient être envisagées, en premier lieu la réforme du temps médical, dont on sait qu’il structure l’ensemble de l’activité hospitalière. L’alignement du temps de travail des médecins sur celui de l’ensemble des agents du CHPF est une singularité qui conduit à des situations aberrantes - l’hôpital fonctionne les 2/3 du temps en gardes ou astreintes -, potentiellement dangereuses pour la qualité des soins - dans certaines disciplines qui comportent peu de praticiens, ils sont presque toujours en garde ou astreinte - et coûteuse pour l’établissement. L’hôpital de Nouméa vient d’ailleurs de faire le choix de l’indexation des salaires des médecins

---

<sup>23</sup> Ce point est longuement développé dans l’annexe consacrée à l’assurance maladie

assortie du passage aux 10 demi-journées<sup>24</sup>. Pour mémoire le coût des gardes représente 900 MF par an, soit près de 10 % de la masse salariale

S'agissant des heures supplémentaires des personnels soignants et administratifs, il est proposé de mettre fin aux dispositifs automatiques (mécanismes des semaines et forfait d'heures supplémentaires pour certains personnels administratif) ou mécaniques (liés au planning de 12 heures des personnels soignants). Pour mémoire, les heures supplémentaires représentent 500 MF par an, soit 5 % de la masse salariale.

#### 2.4.2.2. La connaissance et la maîtrise des coûts de production

Afin de corriger les graves lacunes de la connaissance de l'activité<sup>25</sup> et de l'information médicale, lancée au CHPF il y a seulement 4 ans, le CHPF envisage de recruter un deuxième praticien responsable de l'information médicale sur un poste existant. Cela semble en effet être une priorité de premier rang tant la connaissance de la production est aujourd'hui insuffisante.

La production mieux cernée, l'établissement souhaite développer les outils de connaissance des coûts, avec une comptabilité analytique et la mise en place d'EPRD en 2011.

L'urgence d'améliorer les outils de pilotage est très nettement perçue par la direction actuelle de l'établissement mais on comprend bien que le contexte de transfert du CHPF au Taoone laisse peu de temps au développement de ces structurants.

D'autres actions sont engagées pour essayer de réduire la durée moyenne de séjour des patients que la réception de l'Hospitel (63 places d'hébergement dans une structure neuve proche du CHPF susceptible d'accueillir les familles des patients évasanés et les patients eux-mêmes avant ou après leur hospitalisation).

#### **Conclusion sur le CHPF**

**Les marges de réduction du surcoût de fonctionnement du CHPF sont d'autant plus minces qu'il est essentiellement constitué de charges de maintenance ou de dotations aux amortissements. Seules les dépenses de personnel peuvent être ajustées mais elles ne représentent qu'entre 20 et 30 % du surcoût selon que l'on retient les estimations de la CTC et de la mission ou celle du CHPF. Seul le décalage de l'ouverture de certaines activités peut être envisagé.**

La Polynésie a intérêt à tirer toutes les conséquences de la position dominante du CHPF en essayant de réaliser des économies, des synergies à l'échelle de l'ensemble des dépenses de santé. Quelques pistes sont identifiées et pourraient faire l'objet de réflexions complémentaires :

On a vu que le rapprochement physique de la pharmacie du CHPF et de celle de la direction de la santé (Pharmapro) au sein de la future plateforme logistique pourrait être l'occasion de les fusionner d'autant que les hôpitaux publics rejoignent le CHPF.

Sur la biologie publique, là encore le rattachement de ces hôpitaux pose avec une nouvelle acuité la question de l'avenir de la biologie de l'Institut Louis Malardé, sur laquelle on revient plus précisément infra.

---

<sup>24</sup> Pour un praticien à temps plein, le service hebdomadaire est fixé à 10 demi-journées dans la limite de 48h par semaine (en moyenne sur 4 mois) ; par dérogation, l'obligation du service est calculée en heures lorsque l'activité est organisée en temps continu

<sup>25</sup> Les vertus « pédagogiques » de la T2A, comme incitation au codage, n'ont apparemment pas fonctionné. Cf annexe assurance maladie.

### 3. LE ROLE DE LA DIRECTION DE LA SANTE DU TERRITOIRE

#### 3.1. Le rattachement des hôpitaux de la direction de la santé au CHPF

La direction de la santé continue de gérer en direct un certain nombre de services sanitaires (centres de consultations spécialisées, dispensaires, formations sanitaires / hôpitaux). Après le transfert de la transfusion sanguine et de la psychiatrie adulte au CHPF, il a été décidé de transférer au CHPF la gestion des 4 hôpitaux.

Le calendrier pourrait être progressif, le transfert concernant dans un premier temps, à l'horizon 2011, le principal d'entre eux l'hôpital d'Uturoa, les autres en 2012.

Les hôpitaux d'Uturoa (à Raiatea dans les Iles-sous-le-vent) et de Taiohae (Nuku-Hiva, Marquises Nord) ont une activité d'hospitalisation complète en court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique / MCO). Celui de Moorea a une activité d'hospitalisation complète en court séjour (médecine et centre de naissances MO), celui de Taravao a une activité d'hospitalisation complète en médecine, long séjour et soins de suite (M). Ces quatre établissements représentaient en 2008 :

- 205 lits et places, un peu plus de 30 000 journées d'hospitalisation ;
- 3.2 Mds F CFP de budget (dont 2.4 de dépenses de personnel) ;
- 387 agents dont 58 médecins et 185 personnels soignants.

En l'absence de PMSI, et de comptabilité analytique de ces établissements, l'analyse de l'activité et des coûts de production de ces établissements est difficile. La direction de la santé constate cependant une activité relativement faible à Uturoa, faible à Taravao et à Moorea. Les taux d'occupation faibles en chirurgie à Uturoa et Taiohae (46 et 43 % en 2007) révèlent l'attractivité du CHPF, de même la très faible activité obstétricale à Moorea.

Tableau 13 : Effectifs et capacités des hôpitaux et formations sanitaires de la direction de la santé

2008	Uturoa (MCO)	Taiohae (MCO)	Moorea (MO)	Taravao (M)	Total
Effectifs	171	64	46	106	387
	26 PM <sup>26</sup>	8 PM	11 PM	13 PM	58 PM
	83 PNM <sup>27</sup>	30 PNM	11 PNM	61 PNM	185 PNM
	24 PMT <sup>28</sup>	7 PMT	8 PMT	10 PMT	49 PMT
	11 techniciens	11 techn	8 techn	8 techn	38 techn
	27 administratifs	8 adm	8 adm	14 adm	57 adm
Capacités	101	29	25	50	205
	85 lits	29 lits	25 lits	44 lits	183 lits
	16 places	0 place	0 place	6 places	22 places
Ratio agents / lits et places <sup>29</sup>	1.7	2.2	1.8	2.1	1.9
Journées	12 181	6 472	1 866	10 857	31 376
Entrées	3 200	1 029	797	NC	NC
DMS	3.81	6.29	2.34	NC	NC
TO en 2007	48	59	46	48	

Source : Direction de la santé

<sup>26</sup> Personnels médicaux

<sup>27</sup> Personnels non médicaux

<sup>28</sup> Personnels médico-techniques

<sup>29</sup> 3,46 au CHPF et 2,67 en métropole et dans les DOM

Tableau 14 : Reconstitution des dépenses des hôpitaux et formations sanitaires de la direction de la santé

Réalisé 2008 / MF	Uturoa	Taiohae	Moorea	Taravao	Total
Groupe1 (personnel) Source DFC	1 096	427	365	557	2 445
Groupe2 (dépenses médicales) Source Pharmapro	106	39	35	41	222
Groupe3 (dépenses hôtelières logistiques) Source Direction Santé	181	53	50	121	406
Groupe4 (charges diverses) Forfait 5 %	69	26	23	36	154
Total	1 452	545	473	756	3 226

Source : Direction de la santé

La faiblesse des taux d'occupation amène à s'interroger sur le maintien de certaines activités de ces établissements, qui permettent cependant d'éviter des évacuations sanitaires au CHPF. En tout état de cause, l'amélioration de l'information médico-économique de ces établissements, comme de l'ensemble des établissements de soins en Polynésie, doit devenir une priorité afin d'établir ensuite des parcours de soins entre ces hôpitaux et le CHPF. L'une des pistes évoquées est d'y développer les soins de suite et de réadaptation, très insuffisants en Polynésie et de reconnaître au CHPF un rôle de recours.

Selon les informations données par le Ministère de la santé au CHPF, le rattachement des 4 hôpitaux publics représenterait l'équivalent de 3,7 Mds FCFP dont 2 Mds F CFP pour l'hôpital d'Uturoa à Raiatea. Le ministre a chargé le directeur du CHPF de lui faire des propositions sur les conditions de ce rattachement, confirmé dans le protocole de fin de grève.

L'une des questions importantes à trancher réside dans le mode de financement de ces établissements, examiné dans l'annexe consacrée à l'assurance maladie. Ces établissements sont en effet actuellement financés par l'assurance maladie sur la base d'un prix de journée spécifique dont la valeur, inchangée depuis 1995, est très inférieure à celle des autres établissements (20 000 F CFP contre 70 000 en médecine et 100 000 F CFP en chirurgie dans le privé et au CHPF). Cela signifie qu'aujourd'hui, une partie des soins est en réalité financée par la collectivité. Il est donc important d'associer la CPS à la réflexion menée sur ce rattachement.

**Recommandation n°26 :** Dans la perspective annoncée du rattachement des hôpitaux de la direction de la santé au CHPF, la mission recommande de tout mettre en œuvre pour une amélioration rapide de l'information médicale et économique de ces structures.

**Recommandation n°27 :** La faiblesse des taux d'occupation des hôpitaux de la direction de la santé doit conduire à s'interroger sur le maintien de certaines activités, au regard du coût des évacuations sanitaires inter-îles.

**Recommandation n°28 :** Si les personnels relèvent du même statut –la FPT-, la mission recommande de veiller à ne pas étendre à ces établissements les modalités d'organisation et de temps de travail en vigueur au CHPF (heures supplémentaires, temps médical continu) qu'elle propose par ailleurs de réviser.

**Recommandation n°29 :** Afin de garantir un pilotage .de cette opération complexe de transfert, la mission recommande de les regrouper dans un budget annexe à celui du CHPF et de mener cette opération à coûts constants.

**Recommandation n°30 :** La mission recommande d'examiner les conditions d'un financement par l'assurance maladie de l'ensemble des soins dispensés par ces établissements, aujourd'hui pris en charge par la collectivité. Ce transfert de charges important pour l'assurance maladie doit reposer sur une analyse détaillée de l'activité,



**aujourd'hui insuffisante, et sur l'examen préalable des activités à maintenir dans ces hôpitaux au regard des taux d'occupation, des besoins de la population et de la comparaison avec le coût des évènements inter-îles.**

### **3.2. La direction de la santé pourra se recentrer sur ses missions essentielles**

La délibération qui fixe les missions de la direction de la santé date de 1995 alors que le paysage sanitaire s'est radicalement transformé depuis avec la mise en place de la PSG, le retrait de la médecine militaire, la montée en puissance du CHPF, l'arrivée de 2 cliniques privées, le développement de la médecine libérale et que la FPT a été constituée. Malgré ces changements importants, la direction de la santé continue de fonctionner pour l'essentiel comme un prestataire de soins.

C'est une direction qui a connu de nombreux audits, un turn-over important et qui considère ne pas être en mesure d'assurer correctement ses missions :

- toute la réglementation santé/hygiène/sécurité sanitaire est élaborée par l'équivalent de 2,5 ETP ;
- les missions de prévention des risques sanitaires, c'est-à-dire, puisque la Polynésie dispose d'une pleine compétence en la matière, les missions des agences sanitaires, de l'INPES, des ARS aujourd'hui, relèvent de 20 personnes ;
- l'organisation et le contrôle de l'offre de soins sont aujourd'hui assurés par 15 personnes.

Le départ des 4 hôpitaux (après la psychiatrie adulte et le centre de transfusion sanguine) et de la pharmacie pourra lui permettre de se recentrer sur ces missions, auxquelles la mission recommande d'ajouter le suivi des comptes de la santé et la politique du médicament.

#### **3.2.1. Santé publique et sécurité sanitaire**

Confrontée à des enjeux techniques, éthiques et de gestion de crise considérables, la direction de la santé a développé depuis plusieurs années des partenariats avec plusieurs agences en charge de la sécurité sanitaire en métropole et dans les DOM : une convention avec l'autorité de sûreté nucléaire a permis son intervention dans la préparation du lancement de la radiothérapie au CHPF<sup>30</sup>, l'AFSSAPS et l'EFS sont également sollicités. La principale difficulté opérationnelle réside dans le fait que l'ensemble des normes doivent être transposées en Lois de pays pour être opposables et que ces experts se réfèrent en permanence à des textes qui ne sont pas en vigueur en Polynésie.

Ainsi, le lancement de l'activité de greffe rénale en Polynésie devra être accompagné d'une adaptation des dispositions des lois bio - éthique sur le don d'organes. Dans un champ complètement différent, la loi Santé mentale de 1990 ne s'appliquant pas en Polynésie puisque postérieure à l'autonomie, c'est celle de 1838 qui est encore en vigueur.

Sans remettre en cause l'autonomie de la Polynésie dans l'organisation de la santé, on peut néanmoins s'interroger sur la pertinence du dispositif actuel qui conduit une collectivité aux moyens limités à développer un arsenal législatif considérable sans disposer de l'expertise suffisante.

**Recommandation n°31 : Au regard de la complexité des enjeux et des normes de sécurité sanitaire, et sans remettre en cause la compétence de la Polynésie en matière de santé, la mission recommande aux pouvoirs publics de lancer une réflexion sur l'applicabilité directe des grandes lois de sécurité sanitaire et de santé publique en Polynésie française<sup>31</sup>.**

<sup>30</sup> Cette intervention a d'ailleurs conduit à doubler l'accélérateur de particules et les équipes.

<sup>31</sup> Reprendre éléments du mail sur LO autonomie et LO liée à la RC sur l'article 73 de la constitution

Dans le champ de la santé publique (prévention, veille sanitaire, médecine préventive et soins primaires), la direction de la santé s'appuie sur des subdivisions chargées d'assurer sur le territoire les actions de promotion de la santé, le pilotage des structures de soins, les missions d'hygiène et de salubrité. A ce titre, le fait qu'elle gère en direct les dispensaires et les centres de consultations spécialisées correspond bien à sa mission. Il apparaît cependant au regard de plusieurs audits successifs menés par l'inspection générale de l'administration, le dernier en 2009, que le pilotage actuel des centres spécialisés ne permet pas d'avoir une vision précise de leur activité, ni des besoins non couverts. A ce titre, le transfert des hôpitaux au CHPF devrait permettre à la direction de la santé de redéployer des ressources afin d'améliorer le suivi de ces structures. Le développement des consultations avancées dans ces structures constitue aussi une voie importante d'amélioration de la qualité des soins et de réduction des évènements inter-îles.

Sur l'éducation à la santé, les ressources de la collectivité ont été transférées en 2002 à l'EPAP<sup>32</sup> (chargé d'une large mission interministérielle de prévention dans de nombreux domaines) puis remontées à la direction de la santé récemment, au regard notamment des compétences spécifiques nécessaires au champ sanitaire.

**Recommandation n°32 : Libérée de la charge opérationnelle de gestion des hôpitaux, la direction de la santé pourrait redéployer des moyens dans le suivi des dispensaires et des centres de consultations spécialisées afin de mieux connaître leur activité, de l'adapter aux besoins de la population et d'y développer les consultations avancées.**

**Recommandation n°33 : La mission soutient le retour des missions de prévention et d'éducation sanitaire de l'EPAP à la direction de la santé et recommande dans ce contexte d'envisager la fermeture de cet établissement public.**

### **3.2.2. L'économie de la santé : comptes de la santé et politique du médicament**

L'organisation des ministères au sein de la collectivité, la répartition des rôles et des compétences entre eux d'une part et entre la collectivité et la CPS d'autre part ne permettent pas aux autorités politiques de construire une vision globale de l'économie de la santé, de l'offre de soins et in fine des dépenses d'assurance maladie.

Aujourd'hui, c'est le ministère de la solidarité qui exerce la tutelle de la CPS, en s'appuyant sur la direction des affaires sociales. Le ministère de la santé et la direction concernée, pourtant chargés de la planification sanitaire n'ont aucune vision des financements des établissements, de leur budget etc. La politique du médicament relève quant à elle du ministère de l'économie, qui s'appuie sur le service des affaires économiques. Enfin, la régulation des soins de ville (conventions avec les professions de santé, détermination des lettres clefs etc.) relève de la CPS, sans que les autorités du territoire n'interviennent.

L'exercice réalisé sur les comptes de la santé en 2008<sup>33</sup>, interrompu depuis 1998, est d'autant plus nécessaire que la situation financière de l'assurance maladie se dégrade et que l'offre hospitalière se transforme en profondeur avec le redimensionnement du CHPF (par l'ouverture du nouvel hôpital et le rattachement des hôpitaux de la direction de la santé). Le renouvellement régulier de cet exercice suppose une collaboration étroite de la CPS et de la direction de la santé. Il permettrait également, au-delà de la communication en conseil des ministres, d'impliquer l'Assemblée de Polynésie française sur l'évolution de dépenses publiques, qui représentent le tiers du budget de la collectivité (50 Mds F CFP contre 150).

La mission recommande par ailleurs de resserrer les portefeuilles ministériels, dans ce contexte, elle suggère d'envisager de confier à un même ministre les affaires sociales et la solidarité d'une part, la santé et l'assurance maladie d'autre part. Cela permettrait de construire une stratégie allant du médico-social au sanitaire. Ce ministre pourrait alors s'appuyer sur la direction des affaires sociales et la direction de la santé.

---

<sup>32</sup> Note spécifique relative à l'EPA

<sup>33</sup> Analysés dans l'annexe consacrée à l'assurance maladie

**Recommandation n°34 :** Afin d'améliorer de manière significative les conditions d'exercice de la compétence du Territoire sur la santé, une meilleure vision de l'économie de la santé, de l'offre de soins et de l'assurance maladie doit être construite. La mission recommande en conséquence plusieurs pistes d'organisation ou de gouvernance :

- Un ministère unique de la santé et de la solidarité, composé des deux directions des affaires sociales (action sociale, famille, solidarité) et de la santé (santé publique, offre de soins et assurance maladie) ;
- le renouvellement de l'exercice d'analyse des comptes de la santé et le vote chaque année par l'APF d'un objectif de dépenses pour l'assurance maladie ;
- la construction de liens étroits entre la CPS et la direction de la santé au sein d'une instance dédiée à la régulation des soins de ville ;
- le pilotage de la politique du médicament par la direction de la santé

#### 4. L'AVENIR DE L'INSTITUT LOUIS MALARDE

##### 4.1. *Le modèle économique de l'établissement est fragile*

Doté du statut d'établissement public industriel et commercial (EPIC) en 2001, l'Institut Louis Malardé a vu son statut et ses missions précisément définis dans la délibération n° 2000-114/APF du 28 septembre 2000. Elle distingue trois activités essentielles :

- une activité de laboratoire réalisée au sein de trois structures, le laboratoire d'analyses de biologie médicale, le laboratoire d'anatomo-pathologie, le laboratoire d'analyse de la salubrité des eaux et des aliments ;
- une activité de recherche réalisée au sein de 5 unités (entomologie médicale, parasitologie médicale, virologie médicale, micro-algues toxiques, substances naturelles) ;
- une activité de distribution médicale : vente de vaccins, de réactifs de laboratoire, de produits vétérinaires.

A compter d'octobre 2010, le centre de consultation médicale et d'investigation épidémiologique rejoint la direction de la santé.

100 personnes travaillent au sein de l'ILM : 13 agents de la fonction publique territoriale, 1 emploi fonctionnel, 86 salariés de droit privé (dont 4 en CDD). Le budget de l'établissement a évolué depuis 2006 de 1 172 MF CFP à 1 309 MF CFP en 2009, la subvention du Pays en représentant une part décroissante (du tiers au quart), les ressources propres ayant vu leur proportion à due proportion (des 2/3 aux 3/4).

Tableau 15 : Les Ressources de l'Institut Louis Malardé

MF	2006	2007	2008	2009
Subvention du Pays	354.7 30 %	344 28.7 %	344 31.6 %	339 25 %
Subvention de l'Etat	0	1.8 0.15 %	0	0
Ressources propres	773.7 66 %	821 68.5 %	714.8 65.8 %	979 72 %
Autres ressources	43.6 3.7 %	31.6 2.6 %	27.6 2.54	22 1.6 %
Total	1 172	1 198	1 086	1 309
M€	9.8	10	9	10.9

Source : ILM rapports d'activité et budget 2010

Les ressources propres proviennent des activités de laboratoire et des produits de la distribution biomédicale (réactifs, vaccins, allergènes, produits et équipements de laboratoire)

L'amélioration enregistrée en 2009 (bénéfice de 11.3 MF après deux années de lourd déficit, 151 MF en 2007 et 195 en 2008) repose notamment sur une forte augmentation des produits (+26 %) par rapport à 2008, essentiellement liée à une hausse des recettes de laboratoires et de distribution biomédicale. Il s'agit en fait d'un rattrapage de nombreuses analyses réalisées mais non facturées en 2008 (89 MF) et sur les recettes liées à l'épidémie de dengue. Corrigé de ces produits exceptionnels, on observe en réalité une augmentation du chiffre d'affaires de 3,6 %.

D'autres événements exceptionnels en charges ou en produits faussent un peu la lecture du résultat de l'exercice. Retraité, le résultat de 2009 est en fait déficitaire de 65 MF CFP.

Le fonds de roulement s'élève à un peu de 316 MF, en nette augmentation par rapport à 2008. La trésorerie s'élève à 116 MF, très élevée par rapport à 2008 mais l'établissement a connu de fortes tensions en 2009 liés aux retards de facturation, aux difficultés de recouvrement des analyses médicales et des retards de versement de la subvention de la Polynésie. Le taux d'endettement a connu une très forte La subvention du pays représente ¼ du budget.

Les activités bénéficiaires (laboratoires d'analyse, vente de vaccins et de réactifs) financent les activités de recherche et le laboratoire dédié à l'eau et aux aliments mais le contexte d'activité de l'ILM est de plus en plus difficile. Depuis sa transformation en EPIC, l'ILM peine à trouver un équilibre régulier de ses ressources propres malgré le contrat qui le lie à la direction de la santé pour les besoins d'analyse de ses établissements de soins. Le rattachement des hôpitaux de cette direction au CHPF va constituer une difficulté supplémentaire pour l'ILM. Il est également confronté à des difficultés de recrutement.

#### 4.2. *Le paysage de la biologie publique, l'articulation entre l'ILM et le CHPF*

Dès 2008, le ministère de la santé s'est penché sur les perspectives d'avenir de la biologie publique en Polynésie française dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital. Une mission confiée au Dr Musso<sup>34</sup> a permis de faire un panorama complet de l'offre et de l'activité, et d'établir des scénarios d'articulation et/ou de mutualisation entre l'ILM et le CHPF.

Tableau 16 : La biologie au CHPF et à l'ILM

	CHPF	ILM	Total
Personnels	71 dont 7 biologistes, 1 pharmacien, 1 anapath et 39 techniciens	30 dont 3 biologistes, 1 anapath et 14 techniciens	101 dont 10 biologistes, 1 pharmacien, 1 anapath et 53 techniciens
Nombre B-BP	27 549 084	8 804 911	36 353 995
Chiffre d'affaires MF	1 653	528	2 181

Source : ILM, document transmis à la mission

<sup>34</sup> Biologie médicale et anatomo-pathologie en Polynésie française. Etat des lieux, mutualisation des activités, proposition de réorganisation. Dr Didier MUSSO. Décembre 2008.

Tableau 17 : La biologie publique en 2008

	Activité en B/BP	Total CFP
CHPF	27 549 083	1 655 861 890 70 %
Hôpital d'Uturoa	2 425 237	145 514 220 6 %
Hôpital de Taiohae	575 000	34 500 000 1.5 %
ILM	8 804 911	530 469 510 22.5 %
Total	39 354 231	2 366 345 620

Source : Rapport du Dr Musso

Aussi bien sur l'activité, le personnel et le chiffre d'affaires, il ressort de ces données que le CHPF représente d'ores et déjà plus de 70 % de la biologie publique, cette part ayant vocation à croître avec le nouvel hôpital et le rattachement des hôpitaux de la direction de la santé. A terme, on peut envisager que le CHPF représente entre 75 et 80 % de la biologie publique en Polynésie.

Dans ce contexte, le ministre de la santé a lancé en décembre 2009 un groupe de travail qui a identifié 3 hypothèses :

Hypothèse 1 : Mutualisation proposée par le rapport Musso de 2008 sur la biologie publique

- Exercice des activités de biologie sur un même lieu, le nouvel hôpital, après répartition des activités entre l'ILM et le CHPF pour éviter les doublons. L'ILM aurait en charge les pathologies infectieuses et le CHPF la biologie. L'ILM deviendrait ainsi un sous-traitant du CHPF. Des équipements pourraient être utilisés par les deux institutions. Il faudrait en fonction des transferts d'activité envisager d'éventuels transferts de personnel.
- Avantages : la suppression de doublons, la rentabilisation de la chaîne robotique du NH, la préservation du chiffre d'affaires du CHPF et de l'ILM qui retrouveraient après les transferts des niveaux sensiblement identiques à la situation actuelle.
- Inconvénients juridiques et organisationnels : la complexité du montage juridique et administratif, l'harmonisation des statuts des personnels transférés, la difficulté de faire travailler dans un même lieu des personnels de l'ILM et du CHPF, la solidité juridique de la relation de sous-traitance.

Hypothèse 2 : la fusion-absorption du laboratoire de l'ILM par ceux du CHPF

- Avantages : suppression des doublons, rentabilisation de la chaîne robotique, uniformisation des statuts des personnels, reconnaissance possible comme laboratoire de santé publique de référence, lisibilité et simplicité du dispositif.
- Inconvénients : cela renforce la prééminence du CHPF, rattachement de missions de santé publique (veilles sanitaires, analyses pour les dispensaires...) étrangères à sa vocation première de soins, accord de la CPS dans le cadre de la discussion de la DGF, augmentation des effectifs du CHPF.

Hypothèse 3 : création d'un laboratoire de santé publique propre

- Regroupement au sein d'un établissement public à créer, localisé dans le NH. Affectation du personnel concerné de l'ILM et du CHPF. Centralisation des achats des laboratoires, point faible du CHPF et point fort de l'ILM.

- Mêmes avantages que l'hypothèse 2 : suppression des doublons, rentabilisation de la chaîne robotique, centralisation des achats et économies de distribution, uniformisation des statuts des personnels, lisibilité et simplicité, reconnaissance possible comme laboratoire public de référence, distinction entre activités de soins et activités de biologie médicale.
- Inconvénients : création d'un nouvel établissement public.

Dans les hypothèses 2 et 3, l'ILM amputé du laboratoire de biologie et d'anatomo-pathologie (LABM), du laboratoire d'analyse de la salubrité des eaux et des aliments (LASEA) et du centre de distribution biomédicale (DBM, vente de vaccins, de réactifs de laboratoires, de produits vétérinaires), redeviendrait un EPA, et non plus un EPIC, dédié à la recherche avec une subvention de 300 à 350 MF, complété par des financements extérieurs, et un maintien du personnel actuellement affecté à la recherche soit 34 personnes<sup>35</sup>. Une autre option, assez proche, pourrait être de le recentrer sur les activités de recherche d'une part, de veille et d'observation sanitaire d'autre en y maintenant le laboratoire sur l'eau et les aliments.

L'hypothèse 1, intermédiaire, ne paraît pas pertinente sur le plan opérationnel. L'hypothèse 3 apparaît trop complexe au regard de l'objectif général de simplification et de réduction du paysage des établissements publics en Polynésie. L'hypothèse 2 apparaît comme la plus rationnelle sur les plans juridique et économique. Elle suppose cependant des arbitrages sur les activités de recherche de l'ILM. La mission n'a pu examiner plus avant l'activité de recherche de l'ILM. Elle suggère d'envisager son rapprochement avec l'université de Polynésie française, ou éventuellement avec le CHPF afin d'éviter de maintenir un établissement public dont la vocation, très limitée, et les moyens restreints ne lui permettraient pas de conserver une surface suffisante pour justifier un tel investissement de la collectivité polynésienne.

**Recommandation n°35 :** Dans la perspective de l'ouverture de la chaîne robotique de biologie du CHPF et du rattachement des hôpitaux de la direction de la santé, la mission recommande d'approfondir l'un des scénarios d'ores et déjà identifiés par le ministère de la santé, celui de la fusion-absorption des laboratoires de l'ILM par ceux du CHPF. Deux scénarios peuvent dès lors être recommandés au gouvernement de Polynésie française :

- transformer l'ILM en un établissement public administratif dédié à la recherche, subventionné par le Territoire (maintien voire réduction de l'actuelle subvention) ;
- envisager les conditions de rapprochement des 5 unités de recherche de l'ILM soit de l'université de Polynésie française, soit du CHPF ; décider en conséquence la fermeture de l'Institut Louis Malardé.

## Conclusion

Les changements importants de l'offre de soins avec l'ouverture du nouvel hôpital, le rattachement des hôpitaux de la direction de la santé, auxquels pourraient s'ajouter ceux que recommande la mission, notamment la fermeture de l'Institut Louis Malardé, conduisent la mission à recommander à la Polynésie française et à l'Etat de revoir les projets inscrits au volet santé du CPER : les projets concernant l'ILM pourraient être redéployés soit vers d'autres opérateurs, soit vers d'autres besoins insuffisamment couverts, en particulier dans le champ de la prise en charge médico-sociale<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> 23 chercheurs, 11 personnels administratifs

<sup>36</sup> Voir l'annexe famille solidarité. L'AFD vient d'ailleurs de lancer une étude sur la structuration de l'offre médico-sociale à l'horizon 2015-2020.



## **Annexe 27**

### **Les retraites**



<b>LES RETRAITES .....</b>	<b>1</b>
1. LE SYSTEME DE RETRAITES POLYNESIEN A ETE MIS EN PLACE SUR DES BASES RELATIVEMENT GENEREUSES .....	3
1.1. <i>Le régime des salariés dispose d'un système assurantiel de retraite complet.....</i>	3
1.1.1. La tranche A .....	3
1.1.2. La tranche B .....	4
1.1.3. Un système généreux.....	4
1.2. <i>Un dispositif complexe de minima vieillesse répartis sur le régime des salariés et le régime de solidarité complète l'ensemble .....</i>	5
1.3. <i>Le régime des non salariés ne couvre pas le risque vieillesse.....</i>	6
2. LES PARAMETRES DU SYSTEME DE RETRAITE NE SONT PAS ADAPTES A LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE.....	6
2.1. <i>Les conditions démographiques sont devenues moins favorables à l'équilibre des comptes.....</i>	6
2.1.1. Les résultats se dégradent depuis 2007.....	6
2.1.2. Les finances du système de retraite subissent les premiers effets du vieillissement démographique en Polynésie française .....	8
2.1.3. Les paramètres des retraites n'ont été que peu modifiés en conséquence .....	10
2.2. <i>Les réserves devant être constituées pour les retraites sont très inférieures au niveau prévu par les textes.....</i>	10
2.2.1. Les réserves constituées par les régimes de retraite du RGS couvrent moins de la moitié de leur niveau théorique .....	10
2.2.2. Une partie des réserves sont utilisées pour combler le déficit cumulé de l'assurance maladie.....	11
2.3. <i>Le système de retraite du RSPF est également de plus en plus coûteux.....</i>	11
3. EN L'ETAT, LE DISPOSITIF EST CONDAMNE A COURT TERME, ET CETTE SITUATION EST CONNUE DEPUIS LONGTEMPS .....	12
3.1. <i>Les études actuarielles disponibles montrent qu'une cessation de paiement rapide est redoutée au moins depuis 2004 .....</i>	12
3.2. <i>En l'absence de réforme, le système de la tranche A serait en cessation de paiement en 2013 ou 2014.....</i>	12
3.3. <i>C'est en 2020 que le système de la tranche B serait en cessation de paiement en l'absence de réforme, mais sa situation n'est pas meilleure pour autant .....</i>	13
4. LES REFORMES SONT INDISPENSABLES ; ELLES DOIVENT ETRE RAPIDES ET PROFONDES.....	14
4.1. <i>Mener une réforme de la tranche A rapide, profonde et touchant l'ensemble des paramètres.....</i>	15
4.1.1. Les principes de la réforme .....	15
4.1.2. Porter au moins jusqu'à 2025 l'horizon de viabilité de la tranche A .....	20
4.2. <i>Le régime de la tranche B doit connaître une réforme d'envergure allant au-delà du calibrage de ses paramètres, ce qui nécessite une étude plus approfondie .....</i>	21
4.3. <i>Mieux identifier les réserves des retraites en isolant la « dette » de l'assurance maladie..</i>	22

Le système de retraites polynésien trouve son origine en 1961, avec la création de l'aide aux vieux travailleurs salariés (AVTS). Il s'est étendu aux salariés (1968), et sous forme d'assurance volontaire aux non salariés (1974 et 1979). Un minimum vieillesse a été créé en 1982 et généralisé au régime de solidarité en 1995. L'architecture actuelle de la tranche A a été refondue en 1987 et la tranche B a été mise en place en 1996.

Ce système de retraite par répartition est donc de création récente (42 ans pour la tranche A, 14 ans pour la tranche B). Il doit aujourd'hui faire face aux changements démographiques qui se traduisent par une crise financière aiguë. Les réformes sont désormais indispensables, elles doivent être engagées à brève échéance.

## **1. LE SYSTEME DE RETRAITES POLYNESIEN A ETE MIS EN PLACE SUR DES BASES RELATIVEMENT GEREUSES**

### ***1.1. Le régime des salariés dispose d'un système assurantiel de retraite complet***

#### **1.1.1. La tranche A**

Le régime de retraites des salariés polynésiens tranche A est un système par répartition à prestations définies mis en place le 1<sup>er</sup> janvier 1987.

Les prestations sont fonctions d'une liste de paramètres :

- ✚ L'ancienneté acquise par le salarié lors de la liquidation des droits : les salariés peuvent prendre leur retraite à partir d'une ancienneté de 5 ans<sup>1</sup> ou 15 ans.
- ✚ Un dispositif d'abattement définitif (parfois dénommé « décote ») est pratiqué en cas de départ anticipé, c'est-à-dire entre 50 et 59 ans. Celui-ci s'élève à 1% par année d'anticipation. Cet abattement ne s'applique pas en cas d'inaptitude médicale, de reconnaissance de travaux pénibles ou pour les mères de famille ayant élevé au moins trois enfants ;
- ✚ Le salaire défini par la moyenne des 60 meilleurs mois au cours des 120 mois précédant la retraite ;
- ✚ Le taux de 2% par année de présence dans la limite de 70%. Ce taux peut être majoré de 2% par année d'ancienneté excédant 35 années dans la limite de 10%.

Le niveau de la pension est égal au produit de ces trois facteurs.

Par ailleurs, il existe un certain nombre de conditions de majoration des pensions :

- ✚ Les majorations pour conjoint à charge : elles sont attribuées uniquement lorsque le conjoint à charge n'est pas bénéficiaire d'une pension de retraite ;
- ✚ Les majorations pour enfants à charge : ces majorations sont limitées et ne peuvent se cumuler avec le bénéfice des allocations familiales.

Les retraites sont revalorisées par décision des administrateurs du RGS. Pour 2010, ils ont adopté une revalorisation de 0,3%. Le système est financé par des cotisations sociales prélevées sur la masse salariale brute au taux de 14,46% (une part patronale s'élevant à 9,64% et une part salariale de 4,82%), dans la limite d'un plafond de 246.000 Fcfp (2050 €) par mois.

---

<sup>1</sup> En cas d'ancienneté inférieure à 5 ans à l'âge de 60 ans, aucune pension n'est versée mais les cotisations salariales sont remboursées si l'ancienneté atteinte est de 2 ans au moins.

### **1.1.2. La tranche B**

Le régime complémentaire obligatoire par répartition et par points, dit « tranche B », a été créé en 1996. C'est un système à cotisations définies : les affiliés acquièrent un nombre de points pendant leur période d'activité en fonction de leurs cotisations, le nombre de points obtenu donne droit à une pension fonction de la valeur du point chaque année au moment du paiement de la pension.

Les conditions d'âge et d'acquisition de l'ancienneté nécessaire à la liquidation des droits sont identiques à la tranche A. Les droits sont acquis sous forme de points annuels, obtenus en divisant le salaire annuel par le salaire horaire de référence (SHR) de l'année.

Les prestations servies sont au nombre de trois :

- ✚ Une retraite complémentaire servie est fonction du nombre de points acquis et de la valeur du point à la date de paiement de la pension. La valeur du point est alors égale à 2% du SHR de l'année de départ en retraite ;
- ✚ Une pension d'invalidité aux salariés qui ont cessé leur activité avant l'âge de la retraite ;
- ✚ Une pension au bénéfice des ayants-droit égale à 2/3 de la pension de droit direct.

Les cotisations se répartissent entre une part employeur (2/3) et une part salarié (1/3). Le taux 2010 est de 13,74% (part patronale de 9,16% et part salariale de 4,58%). Ces cotisations sont payées sur la part des salaires bruts mensuels situés entre un plancher de 246.000 Fcfp (2050 €) et un plafond de 492.000 Fcfp (4100 €).

La valeur du SHR de la tranche B est revalorisée chaque année par décision des administrateurs du RGS. En 2010, sa progression est de 0,13% ; il atteint 590,40 F cfp (4,92 €).

### **1.1.3. Un système généreux**

La comparaison établie par la CPS avec le système en vigueur en métropole ou en Nouvelle Calédonie montre que le système polynésien est généreux vis-à-vis de ses bénéficiaires.

Tableau 1 : Comparaison des systèmes de retraite de base de Polynésie française, de Nouvelle Calédonie et de métropole

	Polynésie française	Nouvelle Calédonie	Métropole
Nombre d'annuités nécessaires pour une retraite à taux plein	35 annuités	Système par points	41 annuités
Age de départ	Possibilité de départ anticipé à 50 ans avec 15 ans de cotisations minimum	A partir de 55 ans avec 5 ans de cotisations minimum	A partir de 60 ans
Abattement / décote	1% par an en-dessous de 60 ans	6% par an en-dessous de 60 ans	4% par an selon l'âge et la durée de cotisation
Taux plein	70% <sup>2</sup>	Système par points	50%
Salaire moyen de référence	5 meilleures années dans les 10 dernières années	Système par points	25 meilleures années d'activité

Source : CPS et mission

Ce système permet le maintien d'un âge moyen de départ en retraite assez bas, stable à 56 ans depuis le début des années 2000. Le taux de départs anticipés s'est quant à lui accentué (57% en 1996, 68% en 2007). La proportion de retraités ayant fait une carrière complète est très basse (moins de 13%).

Une question particulière concerne la validation des services passés avant la création de la tranche B (1996). Toute personne affiliée au RGS à la date du 1<sup>er</sup> janvier 1996 peut valider les périodes antérieures au titre de la tranche B à condition d'avoir perçu des rémunérations excédant le plafond du régime de base. Cette disposition a généré l'attribution massive de « points gratuits »<sup>3</sup> au titre de la tranche B, qui représentent aujourd'hui près des 2/3 des pensions versées par ce régime.

### ***1.2. Un dispositif complexe de minima vieillesse répartis sur le régime des salariés et le régime de solidarité complète l'ensemble***

Deux dispositifs de minima vieillesse coexistent au sein du RGS. Le minimum s'élève aujourd'hui à 74.000Fcfp (617€), soit 91€(13%) de moins qu'en métropole.

🚩 L'allocation complémentaire de retraite (ACR) est le minimum vieillesse de principe du régime des salariés. Il est accessible aux personnes ayant cotisé au régime. Une distinction est opérée entre les salariés ayant cotisé plus de 15 ans et moins de 15 ans. Le principe est que les cotisations couvrent les prestations versées aux premiers alors que les prestations des seconds doivent être couvertes par des subventions du Pays. La prestation est financée via le Fonds de solidarité retraite (FSR), intégré au RGS, et réglementairement imputé sur la tranche A, qui est alimenté par trois sources de financement :

<sup>2</sup> Le taux de remplacement de 70% ne porte que sur le plafond de la tranche A, comme le taux de cotisation correspondant

<sup>3</sup> C'est-à-dire qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune cotisation

- Une cotisation de 0,18% supportée par les employeurs et les salariés, qui finance les charges courantes de l'ACR des bénéficiaires ayant cotisé plus de 15 ans ;
  - Une cotisation exceptionnelle de 1% supportée par les employeurs, assise sur la tranche allant de 100.000 à 486.000 Fcfp, destinée à apurer progressivement le déficit du FSR (voir *infra*) ;
  - Une participation du Pays de 1.200 M Fcfp (10 M€), pour financer les charges courantes de l'ACR des bénéficiaires ayant cotisé moins de 15 ans.
- ✚ L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est le minimum vieillesse du régime de solidarité, destiné aux personnes n'ayant pas cotisé au régime des salariés. Ses conditions de liquidation et règles de fonctionnement sont identiques à celles de l'ACR.
  - ✚ Le régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR), qui sert une pension de base (5700 personnes) et une allocation complémentaire de retraite (3260 personnes) dont la pension est inférieure au minimum. Le RPSMR n'a pas de ressources propres, et se trouve adossé en totalité au RSPF.

Les trois dispositifs sont régis par les mêmes règles : ils sont accessibles aux personnes :

- ✚ de nationalité française<sup>4</sup>, ayant plus de 15 ans de résidence sur le territoire,
- ✚ âgées de 60 ans et plus ou de 50 ans en cas d'invalidité médicale
- ✚ et sans ressources ou ayant des revenus inférieurs au seuil du minimum vieillesse (74.000 Fcfp pour une personne seule).

Le minimum vieillesse est attribué à concurrence de 74.000 Fcfp (617 €) déduction faite des revenus du pensionné et de son conjoint.

### ***1.3. Le régime des non salariés ne couvre pas le risque vieillesse***

Le régime des non salariés ne comporte ni système assurantiel, ni minimum vieillesse. Les non salariés peuvent néanmoins adhérer volontairement au dispositif assurantiel du RGS, et ceux dont les revenus sont les plus faibles sont éligibles à l'ASPA du régime de solidarité.

La question de l'adhésion obligatoire des non salariés au régime assurantiel du RGS est périodiquement évoquée. Près de 80% des non salariés ont déjà cotisé au RGS, soit au titre d'activités salariées passées, soit volontairement<sup>5</sup>.

## **2. LES PARAMETRES DU SYSTEME DE RETRAITE NE SONT PAS ADAPTES A LA SITUATION DEMOGRAPHIQUE**

### ***2.1. Les conditions démographiques sont devenues moins favorables à l'équilibre des comptes***

#### **2.1.1. Les résultats se dégradent depuis 2007**

Les résultats obtenus par les différents volets du système de retraite des salariés se dégradent depuis 2005.

---

<sup>4</sup> La constitutionnalité de cette disposition pose question. En métropole, l'ASPA est assujettie à une simple condition de régularité du séjour pour les personnes de nationalité étrangère

<sup>5</sup> Soit à fin 2008 11.198 personnes sur 14.097 affiliés au RNS

Tableau 2 : Résultats 2005-2010 retraites du régime général des salariés

En Milliers de Fcp		2005	2006	2007	2008	2009	2010 BP	Evolution 2005-2010
Retraite A + FSR	Recettes	15840	19703	26092	23491	25198	25047	58%
	Dépenses	16509	18478	19775	24069	23976	25860	57%
	<b>Résultat</b>	<b>-669</b>	<b>1225</b>	<b>6317</b>	<b>-578</b>	<b>1222</b>	<b>-813</b>	<b>22%</b>
Retraite B	Recettes	3326	4111	4804	5208	5207	5795	74%
	Dépenses	2512	2805	3063	3525	3833	4233	69%
	<b>Résultat</b>	<b>814</b>	<b>1306</b>	<b>1741</b>	<b>1683</b>	<b>1374</b>	<b>1562</b>	<b>92%</b>
AVTS <sup>6</sup>	Recettes	142	1	1			0	-100%
	Dépenses	86	68	51	42	36	33	-62%
	<b>Résultat</b>	<b>56</b>	<b>-67</b>	<b>-50</b>	<b>-42</b>	<b>-36</b>	<b>-33</b>	<b>-159%</b>

Source : Budget 2010 et comptes de résultats des exercices antérieurs

Malgré le caractère apparemment hiératique de l'évolution des résultats comptables de la gestion des retraites, la situation est bien celle d'une dégradation des équilibres de la tranche A. L'exercice 2007 est marqué par l'intégration au résultat de plus-values de cession importantes, qui réduisent de fait le résultat de la tranche A. A l'inverse, en 2008, il faut tenir compte d'une moins-value. En tenant compte de ces opérations, le résultat « redressé » de l'ensemble retraites tranche A et FSR est de +1696 M Fcfp (14,1 M€) en 2007 et de +1333 M Fcfp (11,1 M€) en 2008.

Le FSR présente des résultats négatifs tous les ans entre 1996 et 2005. Dès 1996, le report était négatif de 4,1 Mds Fcfp (34,2 M€).

Tableau 3 : FSR résultats et réserves

En M Fcfp	2005	2006	2007	2008
Résultats du FSR	-915	833	864	852
Reports FSR	-12915	-12081	-11217	-10365

Source : Rapport AC 2008

Les résultats apparents de la tranche B sont relativement stables, se situant depuis 2006 entre 1,3 (10,8 M€) et 1,7 Mds Fcfp (14,2 M€) selon les exercices.

De manière plus anecdotique, les résultats de l'AVTS est faiblement quoique structurellement déficitaire, le « régime » AVTS étant en voie d'extinction (48 bénéficiaires en 2008) et ne percevant plus de recettes de cotisations.

<sup>6</sup> L'aide aux vieux travailleurs salariés (AVTS), créée en 1961, est aujourd'hui un régime en voie d'extinction.

Tableau 4 : Résultats « redressés » 2005-2010 retraites du régime général des salariés

En M Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009 définitif	BP 2010
Retraite A + FSR	-669	1225	1696	1333	1223	-814
Retraite B	814	1306	1741	1683	1374	1563
AVTS	56	-67	-50	-42	-36	-33
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>2464</b>	<b>3387</b>	<b>2974</b>	<b>2561</b>	<b>716</b>
<b>Total en M€</b>	<b>1,7</b>	<b>20,5</b>	<b>28,2</b>	<b>24,8</b>	<b>21,3</b>	<b>6,0</b>

Source : Cour des comptes, comptes administratifs, budget 2010

La situation comptable de l'ensemble tranche A / FSR se dégrade continuellement depuis 2007. Les prévisions 2010 font état d'un premier déficit annuel, dépassant 800 M Fcfp (6,7 M€). Cette dernière donnée est particulièrement alarmante, dans la mesure où la démographie du régime reste favorable, et dans la mesure où les taux de cotisation 2010 ont été relevés de 0,51 point.

### 2.1.2. Les finances du système de retraite subissent les premiers effets du vieillissement démographique en Polynésie française

Entre 1968, date de la mise en place de la tranche A, et 2008, l'espérance de vie a progressé de 17 ans pour les femmes et de 15,5 ans pour les hommes<sup>7</sup>. La Polynésie est entrée dans une période de vieillissement démographique. Les effectifs de retraités augmentent fortement.

Tableau 5 : Effectifs tranches A et B du RGS (2002 à 2009)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2002
Tranche A + FSR	11845	12805	14220	15161	16115	17171	18484	19792	67%
Tranche B	3580	4016	4442	4939	5361	5839	6527	7108	99%

Source : CPS

Les effectifs (pensionnés, bénéficiaires de pensions de réversion et de capital décès) de la tranche A ont augmenté de 2/3 depuis 2002, tandis que ceux de la tranche B ont doublé.

Si l'augmentation de l'espérance de vie est un succès incontestable, elle a des répercussions sur l'équilibre des retraites. Le ratio salariés / pensionnés diminue rapidement.

Tableau 6 : Ratio salariés / pensionnés

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
4,94	4,7	4,33	4,15	4,04	3,89	3,6	3,24

Source : CPS, budget 2010

En 2010, le RGS compte un pensionné pour 3,24 salariés cotisants. Ce ratio était proche de un pour cinq encore en 2002. En 2027, les projections sont de 2,2 actifs par cotisant.

<sup>7</sup> Soit respectivement 61,2 ans et 57,5 ans en 1968 et 78,2 ans et 73 ans en 2008.

Les conséquences financières sur les dépenses de retraites sont directes. Le ratio de dépense / bénéficiaire permet de mettre en évidence de manière différenciée l'effet volume, résultant de la progression des effectifs pensionnés, et l' « effet prix », résultant de l'augmentation des prestations servies en moyenne aux bénéficiaires du régime.

Tableau 7 : Ratio dépenses / bénéficiaire – retraites du RGS

En millions de Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009
Tranche A + FSR	1,09	1,15	1,15	1,20	1,21
Tranche B	0,51	0,52	0,52	0,54	0,54

Source : Mission, données CPS

La dépense moyenne par bénéficiaire connaît une progression réelle mais relativement modérée au cours de la période 2005-2009 : +11%, soit 3% par an en moyenne, pour la tranche A et +6%, soit 1,5% par an en moyenne pour la tranche B.

L'essentiel du dynamisme de la dépense provient de la progression des effectifs bénéficiaires du système de retraites. Il explique la progression de la dépense pour  $\frac{3}{4}$ , tandis que l' « effet prix » résultant des prestations payées en moyenne aux bénéficiaires du régime est à l'origine d'un quart de cette progression.

Or, les dépenses de retraites sont de loin les plus dynamiques au sein du RGS, dépassant en rythme de progression les dépenses d'assurance maladie.

Tableau 8 : Dépenses du RGS par risque 2005 à 2009

En Millions de Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Variation	En %
Famille	7298	7855	7928	7956	7769	471	6%
Retraite A + FSR	16509	18478	19775	24069	23976	<b>7467</b>	<b>45%</b>
Retraite B	2512	2805	3063	3525	3833	<b>1321</b>	<b>53%</b>
Maladie	29288	31089	33408	35353	37019	<b>7731</b>	<b>26%</b>
Accidents du travail	1460	1307	1376	1482	1546	86	6%
AVTS	86	68	51	42	36	-50	-58%
<b>Total</b>	<b>57153</b>	<b>61602</b>	<b>65601</b>	<b>72427</b>	<b>74179</b>	<b>17026</b>	<b>30%</b>
<b>Total en M€</b>	<b>476</b>	<b>513</b>	<b>547</b>	<b>604</b>	<b>618</b>	<b>142</b>	<b>30%</b>

Source : CPS, comptes de résultats

La progression des dépenses de retraite est proche de 50% sur la période 2005-2009, environ le double de celles des dépenses maladie (+26%). La hausse du coût des retraites dépasse même celle de l'assurance maladie en valeur absolue, puisqu'elle atteint 8,8 Mds Fcfp – 73 M€- (7,5 Mds – 63 M€ pour la tranche A et 1,3 Mds -11 M€ pour la tranche B) contre 7,7 Mds Fcfp -64 M€ pour la maladie.

A paramètres constants, les dépenses de prestations de la tranche A continueraient d'augmenter considérablement au cours des prochaines années (près de 21% en 4 ans).



Tableau 9 : Evolution prévisionnelle des dépenses de prestations de la tranche A en l'absence de réforme (2010-2014)

En M Fcfp	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Dépense de prestations totales	27206	28364	29723	31219	32858	
Evolution	2,7%	4,3%	4,8%	5,0%	5,3%	20,8%

Source : CPS

### 2.1.3. Les paramètres des retraites n'ont été que peu modifiés en conséquence

Les paramètres de l'indemnisation n'ont pas été modifiés pour tenir compte de la démographie et apparaissent très favorables aux bénéficiaires.

L'âge moyen de départ est stable à 56 ans et la durée moyenne de cotisation est de 22 annuités. Les paramètres affectant l'âge de départ sont restés remarquablement stables depuis 1996. La proportion des départs anticipés avec abattement est considérable (44%), signe que le taux de l'abattement (1% par an) est loin d'être dissuasif.

Les pensions ont connu une revalorisation supérieure à l'inflation. Elles ont été revalorisées de 25,7% entre 1997 et 2009, tandis que l'indice des prix progressait de 21,4%.

Seuls les taux de cotisation ont connu une augmentation régulière entre 1996 et 2010, passant de 8,10% à 14,46%. Celle-ci n'a pas suffi à endiguer les effets sur le résultat de la hausse soutenue des dépenses du régime.

Dès lors, la détérioration des résultats dans un contexte démographique pourtant encore favorable a pour conséquence de limiter les excédents du dispositif de retraites assurantielles.

## 2.2. Les réserves devant être constituées pour les retraites sont très inférieures au niveau prévu par les textes

### 2.2.1. Les réserves constituées par les régimes de retraite du RGS couvrent moins de la moitié de leur niveau théorique

Les réserves du RGS sont suivies par risque. Leur niveau global baisse continument depuis 2007.

Tableau 10 : Etat des réserves du RGS, par risque (2005-2010)

En millions de Fcfp	2005	2006	2007	2008	2009	Réserves prévisionnelles 2010
Famille	1174	699	129	-12	656	1000
AVTS	114	48	-3	-45	-81	-114
ATMP	3654	4507	5423	6248	5823	5842
Maladie	4938	2791	-1328	-4300	-9450	-15423
Tranche A + FSR	42931	44156	50473	49895	51118	50304
Tranche B	3308	4614	6355	8038	9412	10035
<b>Total</b>	<b>56119</b>	<b>56815</b>	<b>61049</b>	<b>59824</b>	<b>57478</b>	<b>52584</b>
<b>Total en M€</b>	<b>468</b>	<b>473</b>	<b>509</b>	<b>499</b>	<b>479</b>	<b>438</b>

Source : Budget 2010 et comptes de résultats pour les exercices antérieurs

La délibération du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime de retraite, modifiée par la délibération du 24 août 1995 (tranche A), prévoit en son article 28 : « Pour assurer la garantie aux bénéficiaires du service des prestations prévues par la présente délibération, la Caisse de prévoyance sociale dispose d'un fonds de réserve alimenté par l'ensemble des ressources du régime disponibles à la fin de chaque exercice, représenté par la différence entre les recettes de tous ordres et les dépenses techniques (y compris les frais de gestion et de fonctionnement) de ce même exercice. Ce fonds de réserve ne pourra en aucun cas être inférieur à 5 fois la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices ».

Par ailleurs, la délibération du 26 octobre 1995 créant le régime de retraite tranche B prévoit en son article 22 l'existence de ce même fonds, dans des conditions identiques (minimum de 5 fois la moyenne des trois derniers exercices) pour assurer le service des prestations prévues pour cette nouvelle tranche.

Comme le soulignait la Cour des comptes, les réserves constituées pour les retraites ne sont plus suffisantes d'un point de vue réglementaire. Les réserves devraient atteindre l'équivalent de 5 fois la moyenne des dépenses de prestation des 3 dernières années, soit 122 Mds Fcfp (1 milliard €) fin 2009. Elles n'atteignent pas la moitié environ de ce seuil réglementaire (57 Mds Fcfp, soit 475 M€).

D'un point de vue économique, la situation n'est pas meilleure.

### 2.2.2. Une partie des réserves sont utilisées pour combler le déficit cumulé de l'assurance maladie

Les réserves des retraites (tranche A et B) restent largement positives (respectivement 50 Mds et 10 Mds F cfp fin 2010 d'après les prévisions de la CPS) mais sont de fait utilisées pour permettre au RGS de faire face au déficit cumulé de la maladie (9,5 Mds Fcfp en 2009 -79 M€ et 15,4 Mds de Fcfp -128 M€ prévus à la fin de l'exercice 2010) sans avoir recours à l'emprunt.

Le régime des salariés est unique, et dispose d'un fonds de roulement partagé entre les différents risques (maladie, retraites, famille, etc.). Le fait que la maladie ne soit pas à l'équilibre suppose que les autres risques du RGS supportent le poids du déficit. Parmi ces risques excédentaires figurent en premier lieu les retraites, qui présentent un excédent prévisionnel 2010 de 50 Mds pour la tranche A<sup>8</sup> et de 10 Mds Fcfp pour la tranche B.

### 2.3. Le système de retraite du RSPF est également de plus en plus coûteux

Tableau 11 : Charges personnes âgées du RSPF et du RPSMR

En M Fcfp			2008		2009		2010		Evol.
			RPSMR	RSPF	RPSMR	RSPF	RPSMR	RSPF	
RPSMR	Rev. > 87KFcfp	pension	367		275		275		-25%
	Rev. < 87KFcfp	pension		706		781		789	12%
		ACR		1388		1585		1601	15%
RSPF		ASPА		1430		1556		1621	13%
<b>Total RSPF en M Fcfp</b>				<b>3524</b>		<b>3922</b>		<b>4011</b>	<b>14%</b>
<b>Total en M€</b>				<b>29,4</b>		<b>32,7</b>		<b>33,4</b>	<b>14%</b>

Source : Budget 2010 RSPF

Les charges du RSPF sont en progression forte du fait de l'évolution du nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse (ACR du RPSMR et ASPA).

<sup>8</sup> Intégrant le déficit cumulé du FSR, confondu juridiquement avec la tranche A

Le RPSMR, financé par le RSPF et adossé à lui, compte près de 5700 retraités, dont 3260 perçoivent l'allocation complémentaire. L'ASPA concerne 2000 bénéficiaires.

### **3. EN L'ETAT, LE DISPOSITIF EST CONDAMNE A COURT TERME, ET CETTE SITUATION EST CONNUE DEPUIS LONGTEMPS**

#### ***3.1. Les études actuarielles disponibles montrent qu'une cessation de paiement rapide est redoutée au moins depuis 2004***

La CPS a fait procéder à plusieurs études actuarielles sur le système de retraites de Polynésie française. Les services ont également acquis un logiciel leur permettant d'effectuer des simulations simples, intégrant trois paramètres : l'âge de départ en retraite, le nombre d'années de cotisations nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein et le taux de remplacement.

La CPS a transmis à la mission des études de 2004 réalisées par un cabinet de consultants, une étude de 2006 réalisée par l'agence comptable de la CPS et des études de 2009 réalisées par le cabinet d'actuaire. Ces trois séries d'études portent sur les tranches A et B. Les conclusions qui suivent se fondent sur leurs résultats.

La direction de la CPS a par ailleurs fourni à la mission la copie d'un diaporama intitulé « Pourquoi des réformes du régime de retraite actuel » présenté aux membres du Conseil économique, social et culturel (CESC) le 23 mars 2010. Ce sont les documents d'études établis par le cabinet en 2009 qui ont servi de base à la communication au CESC. Ceux-ci mettent en évidence un horizon de viabilité limité à 2013 pour la tranche A avec une réserve s'élevant à 38MdsF (2016 avec une réserve de 60Mds) et à 2020 pour la tranche B.

#### ***3.2. En l'absence de réforme, le système de la tranche A serait en cessation de paiement en 2013 ou 2014***

##### **3.2.1.1. L'étude de 2004**

Le taux de couverture des passifs par les actifs s'établit selon les hypothèses de réserves entre 15,6% et 16,9% en cas de fermeture du régime.

Les engagements relatifs aux retraités de 2004 s'élevaient à 260 Mds au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour des fonds disponibles au maximum de 52,2 Mds, 5 fois inférieurs. Dès lors, l'étude prévoit un déficit sous 10 ans en régime fermé.

L'insuffisance de trésorerie est évaluée à **2020/2022** en régime ouvert, c'est-à-dire s'il continue de recruter de nouveaux adhérents qui le financent par leurs cotisations. Les prestations excèdent les cotisations en 2014 dans cette hypothèse, les réserves sont épuisées 6 à 8 ans plus tard. Ces résultats confirment ceux de l'étude menée en 1999.

Sur la base des hypothèses de 1999, sans les hypothèses démographiques favorables retenues en 2004, la cessation d'activité intervenait 4 ans plus tôt, soit en 2018.

##### **3.2.1.2. L'étude de 2009**

Le document est une mise à jour de l'étude de 1999 et 2004 pour tenir compte des changements d'hypothèses intervenus depuis, et notamment le relèvement des taux de cotisation de 10,95% en 2004 à 13,95% en 2008 et le niveau des réserves dont dispose le régime.

Le cabinet considère que les estimations et hypothèses sont cohérentes avec la situation du territoire, même si elles sont fréquemment revues, dans des sens divers, depuis l'étude de 2004. En particulier les hypothèses sur les âges de départs en retraites paraissent plus réalistes.

Le ratio de couverture<sup>9</sup> en groupe fermé s'élève dans une fourchette comprise entre 17,2 et 21,9% selon les hypothèses, taux légèrement supérieurs à ceux de 2004 du fait de la revalorisation des taux de cotisation dans l'intervalle. Cela signifie tout de même qu'environ 80% des droits attribués aux adhérents actuels sont à financer par les générations futures.

En groupe ouvert, les hypothèses retenues en 2009, moins favorables que celles de 2004 en ce qui concerne les flux de population, les évolutions des salaires et l'âge de départ, portent l'horizon de viabilité à **2017** avec des réserves de 59,9 Mds Fcfp et **2013** avec des réserves de 38,1 Mds F cfp.

Ces hypothèses apparaissent plus conformes à la réalité, notamment démographique. Comme l'indique l'étude, la population des pensionnés a augmenté de plus de 31% par rapport à 2004 tandis que celle des cotisants n'a progressé que de 2,5%.

Selon les hypothèses retenues, l'horizon de viabilité du régime tranche A va de 2013 à 2018. Le scénario dit « central haut », qui retient un niveau de réserves de 59,9 Mds, est retenu le plus fréquemment pour les tests de sensibilité portant sur d'autres hypothèses (âge de départ, niveau de rendement des placements).

La mission observe que le scénario le plus conforme à la réalité actuelle est le scénario « départs anticipés », qui retient l'hypothèse de 64% de départs à 53 ans, 30% à 55 ans et 6% à 60 ans. Pour ce scénario, le montant des réserves retenu est de 59,9 Mds. L'horizon de viabilité est 2014. Avec l'hypothèse de réserves de 38,1 Mds, l'horizon de viabilité aurait été antérieur à 2013.

#### 3.2.1.3. L'actualisation de l'étude en 2010

Les travaux sont menés en-dehors de toute modification paramétrique, en interrompant notamment la progression des taux de cotisation initiée en 2010.

Le résultat est sans appel, puisque dans l'hypothèse d'une absence totale de changement le régime serait en cessation de paiement en **2014**. Ce résultat n'est pas conforme à celui présenté au CESC en mars 2010, qui présentait l'échéance comme devant intervenir en 2013 sur la base des travaux menés par le cabinet d'actuaire en 2009.

### 3.3. *C'est en 2020 que le système de la tranche B serait en cessation de paiement en l'absence de réforme, mais sa situation n'est pas meilleure pour autant*

#### 3.3.1.1. L'étude de 2004

L'étude de 2004 compare le taux de rendement du régime pour les affiliés, c'est-à-dire le bénéfice lié à l'appartenance au régime, et le taux de rendement actuariel théorique d'un régime couvert par des actifs financiers. Quel que soit l'âge du cotisant, le taux de rendement<sup>10</sup> du régime est très supérieur au taux actuariel, ce qui implique une nature structurellement déficitaire. L'acquisition de point est quel que soit l'âge structurellement déficitaire pour le régime. L'étude conclut à la nécessité de réduire rapidement le taux de rendement de la tranche B, via notamment une augmentation du taux de cotisation.

Le ratio de couverture des actifs par les passifs en groupe fermé est de 17,2%, mettant en évidence la difficulté du régime à faire face à ses engagements passés.

En groupe ouvert, l'étude situe l'horizon de viabilité du régime à **2020**. Dès 2014, les ressources deviennent insuffisantes pour couvrir les prestations versées.

---

<sup>9</sup> Il s'agit de la comparaison entre les engagements pris à l'égard des affiliés actuels et des fonds disponibles.

<sup>10</sup> Taux de rendement = valeur de service du point / valeur d'acquisition du point

Au regard de l'étude réalisée en 1999, il apparaît que la suppression de l'hypothèse d'augmentation continue des taux de cotisation jusqu'à 15% en 2013 réduit considérablement l'horizon de viabilité du régime. L'étude estime que l'équité intergénérationnelle passe par un maintien de la solvabilité au-delà d'une génération, soit au moins 40 ans.

L'étude conclut en 2004 : « *Dans un tel contexte, une analyse de la sensibilité du régime à diverses mesures d'évolution des taux de cotisation, des modalités de liquidation et d'évolution des droits à la retraite peuvent être étudiées. (...) En tout état de cause, une évolution très forte des règles de fonctionnement de ce régime est indispensable pour rendre le régime liquide au-delà d'un horizon qui est pour l'instant inférieur à une génération après sa création. Autrement dit, si des réformes significatives ne sont pas menées, un adhérent ayant commencé son activité à la date de création du régime ne pourra disposer d'une pension de retraite* ».

### 3.3.1.2. L'étude de 2009

L'étude compare le taux de rendement du régime pour les affiliés, c'est-à-dire le bénéfice lié à l'appartenance au régime, et le taux de rendement actuariel théorique d'un régime couvert par des actifs financiers. Au-dessus de 22 ans, quel que soit l'âge du cotisant, le taux de rendement<sup>11</sup> du régime est très supérieur aux taux actuariel, ce qui implique une nature structurellement déficitaire. Il atteint 15,3%, quand le taux de rendement de l'AGIRC-ARRCO se situe, par exemple, à 6,7%. Malgré la hausse du taux de cotisations, l'acquisition de point reste structurellement déficitaire pour le régime. L'étude conclut comme en 2004 à la nécessité de réduire rapidement le taux de rendement de la tranche B, via notamment une augmentation du taux de cotisation.

L'étude conclut à la nécessité d'augmenter très rapidement le taux de cotisation pour pouvoir faire face à la contrainte démographique et économique.

Le ratio de couverture en groupe fermé s'établit entre 16% et 21,5%, mettant en évidence la difficulté du régime à faire face à ses engagements passés et est faible par rapport aux autres régimes du même type.

Avec la nouvelle hypothèse retenue d'évolution des effectifs de 2% par an, l'étude arrive aux mêmes conclusions qu'en 2004. En groupe ouvert, l'étude situe l'horizon de viabilité du régime à **2020**. Dès 2014, les ressources deviennent insuffisantes pour couvrir les prestations versées.

Parmi les tests de sensibilité réalisés, seule l'hypothèse de départs à 60 ans pour 100% des adhérents améliore la viabilité du régime, mais de 5 années seulement. Les réformes paramétriques ne permettent pas de prolonger significativement la vie du régime de la tranche B.

Ainsi, ce sont bien des réformes structurelles qu'il convient d'adopter pour ce régime, visant à réduire très fortement le taux de couverture via, par exemple, l'augmentation du coût d'acquisition des droits. L'étude recommande de procéder à des analyses paramétriques complémentaires à partir de ces décisions structurelles.

### 3.3.1.3. L'actualisation de 2010

L'hypothèse est la même que pour les calculs précédents : 75% de départs à 55 ans et 25% à 60 ans. L'horizon de viabilité est inchangé, et situé à **2020**.

## **4. LES REFORMES SONT INDISPENSABLES ; ELLES DOIVENT ETRE RAPIDES ET PROFONDES**

Plusieurs réformes doivent être engagées dès à présent. Les préconisations qui suivent en indiquent les orientations générales que la mission estime nécessaires, et indique certaines modalités possibles.

---

<sup>11</sup> Taux de rendement= valeur de service du point / valeur d'acquisition du point

Le rééquilibrage structurel des régimes de retraite suppose d’agir sur les dépenses et les recettes. Il suppose également de régler la question des réserves disponibles pour le système de retraites.

Il revient aux instances dirigeantes de Polynésie française de décider de l’ampleur et du contenu des réformes. Il conviendra en particulier d’adapter les dispositifs retenus au volume des départs prévisibles, et notamment ceux liés au non renouvellement des départs en retraite des agents publics de la collectivité, que la mission préconise par ailleurs.

#### **4.1. Mener une réforme de la tranche A rapide, profonde et touchant l’ensemble des paramètres**

##### **4.1.1. Les principes de la réforme**

4.1.1.1. Les solutions reposant sur un unique paramètre sont vouées à l’échec

Des simulations pour la tranche A ont été effectuées par le cabinet d’actuaire en 2009 à la demande de la commission retraites de la CPS. Elles montrent que la modification d’un paramètre unique n’apporte en aucun cas une solution à la problématique des retraites

- ✚ La modification de la règle d’abattement aurait un impact structurel pour le futur en participant à la modification des comportements de départs mais ne modifierait que très peu l’horizon de viabilité à court terme compte tenu de la situation dégradée du régime

Tableau 12 : Modification des seules règles d’abattement

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Taux d’abattement	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	1,5%	2017	0
			2%	2017	0
			4%	2018	1
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	1,5%	2013	0
			2%	2014	1
			4%	2014	1

Source : CPS

- ✚ La modification de l’âge minimum de départ en retraite aurait un impact relativement limité, notamment parce que les départs entre 50 et 53 ans sont actuellement peu nombreux.

Tableau 13 : Modification de la seule règle d'âge minimum

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Age minimum	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	51 ans	2017	0
			52 ans	2017	0
			53 ans	2017	0
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	51 ans	2013	0
			52 ans	2014	1
			53 ans	2014	1

Source : CPS

- La modification de la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une carrière à taux plein n'aurait pas non plus, à elle seule, d'impact significatif

Tableau 14 : Modification de la seule durée de carrière

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètre modifié	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Carrière 37 ans	2017	0
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	Carrière 37 ans	2014	1

Source : CPS

- La modification modérée des taux de cotisation a l'impact le plus fort mais il reste notablement insuffisant pour assurer un horizon de viabilité soutenable

Tableau 15 : Modification des seuls taux de cotisation

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètre modifié	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Augmentation immédiate du taux de cotisation à 15%	2018	1
			Augmentation du taux de cotisation de +0,39% par an jusqu'en 2015	2018	1
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	Augmentation immédiate du taux de cotisation à 15%	2015	2
			Augmentation du taux de cotisation de +0,39% par an jusqu'en 2015	2015	2

Source : CPS

En matière de taux de cotisation, seules des réformes brutales et d'ampleur probablement insoutenable pour l'économie permettraient d'allonger l'horizon de viabilité au-delà de 10 ans.

Tableau 16 : Hypothèses d'horizon d'amélioration de l'horizon de viabilité de la tranche A au seul moyen d'une augmentation des taux de cotisation

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètre modifié	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Augmentation immédiate du taux cotisation à 19,78% ou augmentation lissée à 26,23%	2027	10
			Augmentation immédiate du taux cotisation à 23,49% ou augmentation lissée à 36,35%	2037	20
			Augmentation immédiate du taux cotisation à 26,56% ou augmentation lissée à 46,52%	2047	30

Source : CPS

- 4.1.1.2. Plusieurs solutions à paramètres multiples ont été testées ; elles seules permettent de prolonger sensiblement l'horizon de viabilité de la tranche A

L'étude menée par l'agence comptable de la CPS en 2006 effectue plusieurs hypothèses de réformes paramétriques, allant parfois dans le sens de l'équité et parfois dans la recherche d'un rendement supérieur.

Tableau 17 : Scénarios testés par l'étude de l'agence comptable en 2006

	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètre modifié	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Tranche A	2022	52,2	Taux 15% en 2010	2032	10
			Durée cotisation 35 à 37 ans	2025	3
			Hausse progressive cotisations à 18% + durée cotisation 37 années	2046	24
			Départ 65 ans cadres et 60 ans non cadres	2026	4
Tranche B	2020		Cotisation exceptionnelle de 1% pour tranche > 480KF	2020	0
			Cotisation spéciale 2% sous plafond tranche A, sans droit supplémentaire	2033	13
			Départ 65 ans cadres et 60 ans non cadres	2026	6
			Passage à plafond 750KF tranche B sans droit supplémentaire	2026	6
			Cotisation spéciale 2% de 0 à 750KF, sans droit supplémentaire	>2060	NC

Source : CPS

Il est à noter qu'à l'époque, la décision d'augmenter les taux de cotisation à 15% permettait de générer un gain appréciable de viabilité pour le régime, qui ne se retrouve pas aujourd'hui.



L'étude menée en 2009 montre que les réformes combinant la modification de plusieurs paramètres permettent des gains plus significatifs dans l'horizon de viabilité du régime mais demeurent insuffisantes.

Tableau 18 : Scénarios testés par l'étude actuarielle 2009 – hypothèses de réformes modestes

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètres modifiés	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Décote 1,5%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini.départ 53 ans	2019	2
			Décote 1,5%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 51 ans	2019	2
			Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 53 ans, carrière 37 années	2020	3
			Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 53 ans	2021	4
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	Décote 1,5%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 53 ans	2016	3
			Décote 1,5%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 51 ans	2016	3
			Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 53 ans	2017	4
			Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2013, âge mini. départ 53 ans, carrière 37 années	2018	5

Source : CPS

En tout état de cause, si la Polynésie se limitait à de telles réformes, une nouvelle réforme devrait être menée, avec une ampleur au moins aussi forte, d'ici 3 ans.

L'étude de 2009 envisage enfin un scénario de réforme soutenable, pour lequel les modifications de paramètres sont importantes.

Tableau 19 : Scénarios testés par l'étude actuarielle 2009 – hypothèse de réforme profonde

Hypothèse	Horizon de viabilité	Montant des réserves	Paramètres modifiés	Nouvel horizon de viabilité	Gain en années
Central haut: réserves de 59,9 Mds	2017	59,9	Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2033 avec taux de 23,31%, âge mini. départ 55 ans, carrière 37 ans, revalorisation 0%	2042	25
Central bas: réserves de 38,1 Mds	2013	38,1	Décote 4%, cotisation +0,39% jusqu'en 2033 avec taux de 23,31%, âge mini. départ 55 ans, carrière 37 ans, revalorisation 0%	2037	24

Source : CPS

Ce scénario permet de dégager un horizon de viabilité soutenable de 24 à 25 ans.

Dans ce cas, les trois leviers disponibles pour une réforme paramétrique sont actionnées de manière parallèle :

- ✚ L'augmentation des ressources avec une hausse progressive du taux de cotisation de 0,39 point par an jusqu'en 2033<sup>12</sup> ;
- ✚ L'augmentation de l'âge de départ à la retraite avec la combinaison de plusieurs mesures : relèvement de l'âge minimal de départ anticipé, allongement de la durée de cotisation, relèvement de la décote ;
- ✚ La modération des prestations avec un taux nul de revalorisation des pensions.

Le projet de réforme dite « PSG2 » a été envisagé puis abandonné en 2009. Ses principes étaient comparables : elle comportait des propositions de modification substantielle de l'ensemble des paramètres d'indemnisation :

- ✚ Faire passer le taux d'abattement de 1% à 5% pour les départs à la retraite entre 50 et 60 ans ;
- ✚ Augmenter le taux de cotisation de 0,9% par an ;
- ✚ Augmenter la durée de cotisation de 35 à 40 annuités pour obtenir un taux plein de 70%.

La réforme prévoyait enfin de transférer la partie minimum vieillesse du RGS (ACR – 15 ans de cotisations) vers le RSPF et fusionner les prestations de minimum vieillesse (ASPA, RPSMR et ACR).

Ces réformes sont les plus profondes que la CPS ait fait chiffrer. Il convient de noter qu'elles correspondent à un paramétrage encore favorable du système de retraites, et en tout état de cause bien plus généreux que le régime métropolitain.

#### 4.1.1.3. Toute solution doit être rapide et profonde

L'étude consacrée à la tranche A en 2004 considérait déjà que *« le niveau très élevé de l'effort demandé à terme aux nouvelles générations que traduit cette situation de déséquilibre dans moins de 20 ans (à la mesure du seul poids des engagements pris aujourd'hui à l'égard des retraités par rapport aux réserves constituées) devrait nécessiter des mesures d'ajustement d'autant plus progressives qu'elles seront mises en œuvre tôt afin d'assurer une plus grande acceptabilité de l'effort de solidarité intergénérationnelle qu'on peut attendre d'un régime par répartition »*. *« De fait, les équilibres du régime ne sont pas tenables à terme sauf à modifier significativement ses paramètres de fonctionnement. »* L'étude invitait la CPS à approfondir des hypothèses de relèvement des taux de cotisation et de modification de la date de liquidation des droits à pension. C'était le constat de 2004. Depuis, les paramètres des retraites n'ont quasiment pas été modifiés.

En 2004, le cabinet observait que le régime est durablement viable dans le cas d'une augmentation des taux de cotisation à 19,5%, et un allongement de l'horizon de viabilité de 10 ans en groupe ouvert en cas de revalorisation des cotisations à 15,2% (2032). Un passage à un taux de cotisations de 15% aujourd'hui ne permettrait que de prolonger l'horizon de viabilité de un à deux ans.

La situation d'urgence est aujourd'hui telle que les efforts devront être importants. La survie des retraites polynésiennes est à ce prix.

#### 4.1.1.4. La question de l'adhésion des indépendants au système de retraites

Les états généraux de l'outre mer ont abordé la question, les conclusions allaient dans le sens d'une adhésion obligatoire des non salariés au système de retraites, auquel 80% des indépendants ont déjà cotisé.

---

<sup>12</sup> Les taux métropolitains sont de 14,95% plafonnés, auxquels s'ajoute 1,70% non plafonné, et le taux de retraite complémentaire obligatoire (7,50% pour un non cadre). En Nouvelle Calédonie, les taux sont de 14% pour le régime de base auxquels s'ajoutent 7,50% au titre du régime complémentaire.

L'étude de 2009 sur la tranche A aborde la question de l'assujettissement des ressortissants du RNS au système de retraites de la tranche A. Etant entendu que 80% de ces derniers ont déjà cotisé au régime de retraite du RGS, soit par cotisation volontaire, soit au titre d'une activité salariée passée ou conjointe à l'activité indépendante, que les droits ne sont ouverts que sur la base de cotisations effectives et que les taux et l'assiette retenue pour les indépendants sont identiques à ceux en vigueur pour les salariés. Les résultats montrent que l'intégration des indépendants permettrait de constituer à court terme un apport de cotisations mais que le déséquilibre structurel du régime serait amplifié à moyen terme du fait du nombre de retraités supplémentaires. Une telle solution ne constitue pas une alternative à une réforme profonde des retraites en Polynésie française.

#### **4.1.2. Porter au moins jusqu'à 2025 l'horizon de viabilité de la tranche A**

Les études actuarielles réalisées par les prestataires de la CPS montrent sans aucune ambiguïté la nécessité d'une réforme urgente, profonde et jouant sur l'ensemble des paramètres des retraites de la tranche A.

Il appartient aux partenaires sociaux et *in fine* au gouvernement et à l'assemblée de Polynésie de décider des principes d'une réforme, et de sa mise en œuvre par arrêtés et par une loi de pays. La mission estime que l'ensemble des acteurs impliqués dispose désormais des éléments pour décider d'une telle réforme. La CPS dispose d'un outil lui permettant d'effectuer des simulations complémentaires simples.

Une telle réforme devrait permettre, selon les hypothèses retenues, d'assurer un horizon de viabilité soutenable. L'étude de 2009 sur la tranche A précise que « *le régime arrive à une étape critique de son existence et les mesures de réforme qui peuvent être envisagées nécessitent une durée d'au moins une dizaine d'années pour avoir un impact sur le régime* ». Par ailleurs, le caractère exceptionnel de la situation actuelle en Polynésie française commande d'adopter une réforme significative, permettant de dégager un horizon de stabilité et d'éviter d'y revenir avant plusieurs années.

En conséquence, la mission recommande d'adopter une réforme prolongeant l'horizon de viabilité du régime de la tranche A au moins jusqu'en 2025.

La modification des paramètres de dépense nécessaire à ce déplacement de l'horizon de viabilité du régime demeure très en-deçà des conditions qui prévalent en métropole.

**Recommandation n°1 : Engager dès 2010 une réforme de la tranche A touchant à l'ensemble des paramètres, visant à la fois à augmenter significativement les recettes de cotisations et à atténuer la progression des dépenses, en repoussant l'âge de départ effectif et en limitant l'évolution des pensions. Une telle réforme devrait permettre de prolonger l'horizon de viabilité de la tranche A au moins jusqu'en 2025.**

En premier lieu, il convient d'augmenter significativement les recettes de la tranche A.

La hausse des cotisations est indispensable à court terme. L'étude de 2009 sur la tranche A précise que « *le taux de cotisation demeure la variable forte d'ajustement, compte tenu de la situation actuelle du régime qui doit d'ores et déjà faire face à un écart ressources / prestations défavorable. Il convient alors d'envisager à court terme une augmentation des ressources (par exemple via le taux de cotisation) ou une diminution significative des pensions en cours de services (par exemple en externalisant les charges relatives à l'ACR)* ». C'est le choix minimal qu'a fait le conseil des ministres en 2010, puisqu'il a accepté une unique modification de paramètre pour les retraites, à savoir la hausse du taux de cotisations de 0,51%, qui a été mise en œuvre.

Plusieurs solutions, qui peuvent être combinées ou alternatives, s'offrent pour parvenir à cet objectif :

- ✚ Une augmentation forte du taux de cotisation. Par exemple, l'augmentation immédiate du taux de cotisation à 19,78% permettrait de dégager un horizon de viabilité de 10 années d'après l'étude actuarielle de 2009 ;
- ✚ Une augmentation régulière du taux de cotisation de la tranche A. Les études actuarielles montrent qu'une augmentation de 0,39 point chaque année jusqu'en 2033 permet de répondre à aux difficultés à condition d'être combinées avec une limitation des dépenses ;
- ✚ Le déplafonnement d'une partie de la cotisation retraite permettrait également de dégager des marges de manœuvre à intégrer dans une simulation à réaliser par la CPS. A titre d'illustration, l'application d'un plafond de cotisation de 3 M Fcfp à 1 point de cotisation retraite (14,46% aujourd'hui) permettrait de dégager environ 640 M Fcfp de recettes supplémentaires<sup>13</sup> ;
- ✚ Le déplafonnement de la cotisation FSRE, préconisé par ailleurs (voir annexe consacrée au financement de la protection sociale), permettrait également de dégager des marges de manœuvre et particulièrement de reconstituer les réserves des retraites de la tranche A<sup>14</sup>.

En deuxième lieu, les conditions générales d'accès à la retraite assurantielle doivent être revues en profondeur, de manière à repousser l'âge moyen de départ en retraite, aujourd'hui de 56 ans. Les conclusions des états généraux de l'outre mer allaient également dans ce sens : une recommandation consistait à « *augmenter la durée de cotisation et augmenter la décote pour les départs anticipés* ». Plusieurs leviers peuvent être actionnés à ce titre :

- ✚ Augmenter la durée de cotisation : la réforme décrite dans le document du cabinet d'actuaire propose par exemple de la porter à 37 ans, la réforme PSG2 à 40 ans ;
- ✚ Reculer l'âge légal de départ en retraite, qu'il s'agisse de l'âge minimal de départ anticipé ou de l'âge légal : par exemple, la réforme présentée par le cabinet d'actuaire en 2009 suggère de repousser l'âge de départ anticipé à 55 ans ; l'âge de départ en retraite à taux plein pourrait être également repoussé d'une ou deux années (61 ou 62 ans) ;
- ✚ Surtout, il convient de mettre fin à la faiblesse de l'abattement de 1% par année de départ avant 60 ans. Cette « décote » devrait être portée à 4, 5 ou 6% (comme c'est le cas en Nouvelle Calédonie) pour dissuader les départs anticipés.

Enfin, le niveau de remplacement des pensions doit être réétudié. Le cabinet d'actuaire précise en 2009 que « *il semble important de faire supporter une partie de la réforme sur les actuels retraités du régime. Ils ont en effet bénéficié d'une certaine générosité du régime passé, générosité qui ne pourra plus être de mise pour les générations à venir* ». Là encore, plusieurs modalités sont possibles :

- ✚ L'absence de revalorisation temporaire des pensions, comme le suggère l'étude de 2009 ;
- ✚ La diminution du taux de remplacement, en passant par exemple de 70% à 65% ;
- ✚ L'extension du nombre d'années de référence pour le calcul des retraites : passer par exemple d'un calcul reposant aujourd'hui sur les 5 meilleures années dans les 10 dernières années à un calcul reposant sur le revenu moyen des 10 meilleures années dans les 25 dernières années.

#### **4.2. *Le régime de la tranche B doit connaître une réforme d'envergure allant au-delà du calibrage de ses paramètres, ce qui nécessite une étude plus approfondie***

Sur la tranche B, 2/3 du montant total des prestations versées provient de points attribués gratuitement (soit une dépense annuelle de plus de 2,5 Mds Fcfp). D'après l'étude menée par le cabinet d'actuaire, la tranche B, créée en 1996, serait insolvable moins de 25 ans plus tard.

<sup>13</sup> 750 MFcfp de recettes supplémentaires pourraient être tirées du déplafonnement du FSRE (base CPS 2009 supérieure à 100000Fcfp : 187179MFcfp\*1%)

<sup>14</sup> Comme c'est le cas en métropole pour les retraites de base, à hauteur de 1,70%

Les études montrent que les réformes paramétriques applicables à la tranche A prolongeront l'horizon de viabilité de la tranche B, mais que son déséquilibre intrinsèque ne sera pas modifié pour autant. La tranche B nécessite une réforme structurelle.

Quelques hypothèses peuvent être envisagées, certaines ont fait l'objet de premières études :

- ✚ La mise en place d'une sortie en capital pour les bénéficiaires de la tranche B, en substitution de la rente de retraite. En 2006, l'agence comptable de la CPS a estimé le remplacement des points gratuits par le versement d'un capital de 1,5 M Fcfp au départ en retraite du bénéficiaire. Une telle opération représenterait une économie globale de 11,1 Mds Fcfp, mais supposerait des ressources de trésorerie suffisantes ;
- ✚ La diminution de la valeur du point. Un gel de la valeur du point au niveau de 1996 permettrait de dégager une économie de 4,7 Mds Fcfp ;
- ✚ La création d'un prélèvement social spécifique sur les bénéficiaires de points gratuits.

Les états généraux de l'outre mer avançaient des pistes pour une réforme profonde des retraites complémentaires : « *supprimer la tranche B qui ne concerne qu'une partie des cotisants et la remplacer progressivement par un système par capitalisation ou l'adhésion à une complémentaire type AGIRC ARRCO* », « *inciter fiscalement le développement d'une retraite par capitalisation (recyclage intéressement des entreprises)* ». Ces solutions mériteraient d'être approfondies dans un délai bref.

A ce stade, les études sont insuffisantes pour déterminer quelles options stratégiques il convient d'adopter. En outre, ces options devraient tenir compte des conséquences des nouveaux paramètres à définir pour la tranche A, qui modifieront l'âge de départ en retraite applicables à la tranche B.

En conséquence, la mission recommande d'annoncer dès à présent la nécessité de revoir le système de la tranche B dans le sens d'une diminution du taux de remplacement et de diligenter urgemment une étude complémentaire permettant de déterminer au plus vite les paramètres à modifier pour la tranche B.

### **Recommandation n°2 : Diligenter rapidement une étude approfondie sur l'avenir de la tranche B exposant les options stratégiques possibles pour assurer la pérennité du régime**

#### **4.3. Mieux identifier les réserves des retraites en isolant la « dette » de l'assurance maladie**

Le débat sur le niveau et le périmètre des réserves constituées pour les retraites est aujourd'hui insuffisamment clair. Selon que ces réserves intègrent ou non la couverture de l'insuffisance de trésorerie de l'assurance maladie ou du FSR, le niveau de ces réserves s'élève à des montants très différents (en 2009, pour la tranche A : 51,3 Mds Fcfp ou 41,9 Mds F cfp).

Il importe de mieux distinguer dans les comptes du RGS le niveau des réserves constituées, afin de permettre leur comparaison avec le niveau théorique induit par les textes constitutifs du système de retraites du RGS.

S'il n'existe pas à proprement parler de « dette » de l'assurance maladie vis-à-vis du système de retraites (voir *supra*), le déficit cumulé du risque maladie pèse sur les réserves des retraites et *in fine* sur l'horizon de viabilité du régime.

C'est pourquoi la mission recommande l'identification, au sein de la comptabilité du RGS, des déficits de l'assurance maladie, devant permettre de clarifier le débat sur cette question, et de ne plus lier cette question avec celle des réserves des retraites. Une ligne dédiée devra permettre d'assurer le remboursement de la dette de l'assurance maladie (cf. annexe consacrée au financement de la protection sociale).

### **Recommandation n°3 : Isoler clairement dans les comptes du RGS la « dette » de l'assurance maladie pour mieux identifier et sécuriser les réserves des retraites**

## **Annexe 28**

### **Famille et action sociale**

<b>FAMILLE ET ACTION SOCIALE.....</b>	<b>1</b>
1. PRESENTATION GENERALE .....	3
1.1. Montants, bénéficiaires et types de prestations .....	3
1.2. L'hétérogénéité des régimes : des montants différents pour les prestations légales et un mécanisme de quotient familial pour le seul RNS .....	4
1.3. Les prestations extra-légales (aides sociales) sont encore plus hétérogènes, parfois inexistantes au RNS.....	4
2. L'HARMONISATION, LA PRISE EN CONSIDERATION DES RESSOURCES ET DE LA COMPOSITION DU FOYER POUR LES ALLOCATIONS FAMILIALES .....	5
3. LES FONDS D'ACTION SOCIALE DES TROIS REGIMES .....	9
3.1. Des prestations variables, très faibles pour le RNS, qui connaissent une forte progression.....	9
3.2. La gestion des fonds d'action sociale.....	10
CONCLUSION .....	11

Dans un contexte de crise économique et de l'emploi, tous les interlocuteurs de la mission ont souligné l'importance du rôle des prestations familiales comme amortisseur social en l'absence de revenu minimum et d'indemnisation du chômage. Leur montant relativement limité, leur ciblage sur la présence d'enfants au foyer et non sur la situation sociale ou professionnelle des personnes ne leur permettent pas cependant de remplir véritablement cet office et leur augmentation n'y suffira pas. La politique familiale est en effet un outil indirect de lutte contre la pauvreté, moins efficace que les actions d'insertion et de maintien d'un revenu de subsistance. A ce titre, l'impact de certaines aides à l'emploi<sup>1</sup>, notamment les CPIA, est vraisemblablement plus important. Là encore cependant, elles ne peuvent dispenser d'une réflexion, récemment engagée, sur l'indemnisation du chômage en Polynésie française, qui apparaît clairement comme le chaînon manquant de la protection sociale généralisée.

## 1. PRESENTATION GENERALE

Tous régimes confondus, les prestations familiales ne représentent que 7 % de la PSG et se caractérisent par l'hétérogénéité des droits et des financements selon les régimes

### 1.1. Montants, bénéficiaires et types de prestations

Les prestations familiales ont été introduites en 1956 en Polynésie française (arrêté 1335/IT du 2 septembre 1956) pour les salariés et leurs familles. La mise en place de la PSG en 1995 a permis d'étendre le bénéfice des prestations à toutes les familles, notamment à 1 300 familles, sans activité et sans ressources (environ 1 400 enfants) et à environ 1000 familles du régime des non salariés (environ 2 500 enfants).

Aujourd'hui près de 80 000 enfants bénéficient des allocations familiales et 5 000 mères perçoivent des allocations de maternité et prénatales pour un budget total de l'ordre de 7 milliards de F CFP (un peu plus de 58 M€).

Tableau 1 : Prestations familiales (tous régimes)

MFcfp	2005	2006	2007	2008	2009
Allocations prénatales	151	158	153	157	139
Allocations maternité	194	204	206	218	186
<b>Allocations familiales</b>	<b>4492</b>	<b>4518</b>	<b>4 712</b>	<b>4631</b>	<b>4309</b>
IJ maternité	0	263	347	367	369
ASH	212	248	275	278	272
FASS (dont CSH)	1664	1769	1 542	1563	1 214
<b>Total PF en MFcfp</b>	<b>6713</b>	<b>7161</b>	<b>7 233</b>	<b>7214</b>	<b>6489</b>

Source : Comptes certifiés CPS

Les allocations familiales représentent près de 93 % des dépenses.

En 2007, on enregistrait 88 000 bénéficiaires de prestations familiales dont 72 % issus du RGS, représentant 76 % des dépenses, cette part augmentant.

<sup>1</sup> Cf l'annexe consacrée aux politiques de l'emploi



Tableau 2 : Répartition des enfants par régime

	RGS	RSPF	RNS	Total
1995	62 003 soit 69 %	25 128 soit 28 %	2 556 soit 3 %	89 687
2007	66 657 soit 72 %	21 885 soit 24 %	3 956 soit 4 %	92 498

Source : CPS

En 2007, près de 1 000 enfants handicapés ont bénéficié de prestations.

### ***1.2. L'hétérogénéité des régimes : des montants différents pour les prestations légales et un mécanisme de quotient familial pour le seul RNS***

Les conditions d'accès aux allocations varient selon les régimes : justifier d'une activité salariée pour le RGS, être affilié au RSPF (demande à renouveler annuellement), être affilié au RNS et à jour de ses cotisations (demande à renouveler annuellement comme pour le RSPF).

Si les formalités sont globalement identiques, les montants des allocations versées varient et toutes ne concernent pas les trois régimes :

- Les allocations familiales qui représentent la principale prestation : leur montant est de 7 000 Fcfp / enfant / mois au RGS, de 9 000 Fcfp / enfant / mois au RSPF et de 0 à 7 000 Fcfp / enfant / mois au RNS en fonction du quotient familial<sup>2</sup>
- Les allocations prénatales : sous réserve que la mère fournisse les 3 volets des visites médicales en cours de grossesse, elle percevra trois versements dont le total représentera 54 000 Fcfp si elle est au RGS, 49 500 Fcfp si elle est affiliée au RSPF, et de 0 à 49 500 Fcfp en fonction du quotient familial si elle est affiliée au RNS.
- Les allocations maternité : là encore, le montant varie selon les régimes, 72 000 Fcfp au RNS, 66 000 Fcfp au RSPF et de 0 à 66 000 Fcfp en fonction du quotient familial au RNS
- L'ASH (allocation spéciale handicap, pour les enfants handicapés) quant à elle obéit aux mêmes règles et montant dans les 3 régimes (36 000 Fcfp), en revanche, le complément qui peut être accordé varie selon les régimes (11 000 et 24 000 Fcfp au RGS, 11 000 et 22 000 Fcfp au RSPF et au RNS)

### ***1.3. Les prestations extra-légales (aides sociales) sont encore plus hétérogènes, parfois inexistantes au RNS***

Financées par les cotisations employeurs au RGS, par le Pays pour le RSPF et le RNS, elles obéissent à des mécanismes de calcul et d'attribution très différents selon les régimes.

- le complément familial permet de prendre en charge certains frais liés à l'éducation d'enfants (cantine, frais scolaires, frais de garderie, frais d'hébergement ou d'internat, bourses de vacances...), il est attribué pour le RGS sous condition de ressources, dite « moyenne économique »<sup>3</sup> inférieure ou égale à 1 100 Fcfp, tandis que pour le RSPF et le RNS cette condition est accompagnée d'une évaluation sociale.

<sup>2</sup> Le quotient familial établit à partir des revenus du foyer et de sa composition (nombre d'enfants à charge) le montant des prestations

<sup>3</sup> A compter du 1<sup>er</sup> avril 2009, le plafond de la moyenne économique journalière est porté à 1250 FCFP. Moyenne économique journalière = revenu net mensuel – 16 000 FCFP / Nombre de personnes dans la famille x 30 jours.

Le montant de 16 000 FCFP correspond à l'estimation de la charge forfaitaire mensuelle de la famille. Le revenu net mensuel comprend les salaires, les pensions, les rentes, les loyers, les frais de gardiennage

- L'allocation de rentrée scolaire, inexistante pour les affiliés du RNS, correspond à la prise en charge de l'assurance scolaire et des frais de fournitures scolaires. D'un montant forfaitaire de 10 000 Fcfp par enfant pour les affiliés du RSPF, son montant varie pour les affiliés du RGS en fonction du niveau scolaire (de 4 000 Fcfp pour la maternelle à 16 000 Fcfp dans le supérieur).

## 2. L'HARMONISATION, LA PRISE EN CONSIDERATION DES RESSOURCES ET DE LA COMPOSITION DU FOYER POUR LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Les travaux menés en 2008 et 2009 sur la réforme de la PSG ont donné lieu à de multiples réflexions sur l'évolution des prestations familiales. Parmi les axes structurants, on notait l'uniformisation des conditions d'attribution entre régimes, l'introduction de conditions de ressources et du quotient familial (élargissement des modalités actuelles du RNS aux trois régimes) dans le cadre d'une prise en charge dégressive de la charge familiale en fonction du revenu et de la taille de la famille.

Ont également été évoqués le dé plafonnement de l'assiette des cotisations pour le RGS ainsi que la mise en place de nouvelles recettes fiscales.

A l'époque, un certain nombre de simulations sur les allocations familiales ont été réalisées dont voici les principaux résultats :

Tableau 3 : Données démographiques et financières

Répartition par régime / 2007	RGS	RNS	RSPF	TOTAL
Nb d'enfants ayant bénéficié d'AF	64 000	3 900	21 000	78 400
Part	72 %	4.4 %	23.6 %	
Répartition des dépenses d'AF en MFcfp	4 620	235	1 241	6 096
En M€	38.5	2	10.3	50.8

Source : CPS

Tableau 4 : Simulations d'uniformisation des montants des allocations familiales

	RGS	RNS	RSPF	Total	
Montant AF	9 000	9 000	9 000		
Surcoût en MFcfp	+ 1 462	+ 135	+ 754	+ 2 353	+ 38 %
en M€	12.2	1.1	6.3	19.6	
Montant AF	8 000	8 000	8 000		
Surcoût en MFcfp	+ 786	+ 94	+ 533	+ 1 414	+ 23 %
en M€	6.5	0.8	4.4	11.8	

Source : CPS

Tableau 5 : Simulation d'attribution des allocations familiales selon le barème des quotients familiaux

	RGS	RNS	RSPF	Totaux
Montant unique / application du QF	9 000	9 000	9 000	
Surcoût en MFcfp	+ 432	+ 31	+ 504	+967 (+ 16%)
En M€	3.6	0.2	4.2	8
Montant dégressif / application du QF	9 000	9 000	9 000	
	6 750	6 750	6 750	
	4 500	4 500	4 500	
	2 250	2 250	2 250	
Surcoût en MFcfp	+ 250	+ 87	+ 504	+841 (+ 14%)
En M€	2	0.7	4.2	7
Montant dégressif / application du QF	7000	7000	7000	
	5250	5250	5250	
	3500	3500	3500	
	1750	1750	1750	
Surcoût en MFcfp	- 462	+ 30	+ 504	+ 72 (+1.2%)
En M€	- 3.8	0.2	4.2	0.6

La mission a demandé à la CPS de procéder à une nouvelle simulation, sans surcoût pour l'ensemble des régimes

- alignant pour tous les régimes le montant d'allocations familiales à 9 000 F pour la 1<sup>ère</sup> tranche de quotient familial (1 à 9 999 Fcfp) et pour l'ensemble des affiliés au RSPF ;
- proposant ensuite une dégressivité des montants d'AF identiques au RGS et au RNS à l'exception de la dernière tranche, maintenue au RGS

Tableau 6 : Simulation complémentaire d'application du quotient familial sans surcoût pour la PSG, et avec uniformisation des montants des AF entre régimes

Tranches de QF	AF actuelles RGS	Montants proposés	AF actuelles RNS	Montants proposés	Montants RSPF
1 à 9 999 Fcfp	7000	9000	7000	9000	9000
10000 à 24999	7000	7000	7000	7000	
25000 à 29999	7000	5000	5250	5000	
30000 à 39999	7000	3000	3500	3000	
40000 à 49999	7000	3000	1750	3000	
50000 et +	7000	3000	0	0	

Tranches de QF	Taux répartition enfants / tous régimes	Totaux simulés au RGS / KF	Totaux simulés au RNS / KF	Totaux simulés au RSPF / KF
1 à 9 999 Fcfp	43.7 %	1 172 790	148 140	
10000 à 24999	26.6 %	1 469 160	127 470	
25000 à 29999	6.3 %	255 800	12 800	
30000 à 39999	8.6 %	210 270	9 870	
40000 à 49999	4.8 %	118 860	4 980	
50000 et +	10%	257 520	0	
<b>Totaux</b>		<b>3 484 400</b>	<b>303 260</b>	<b>1 793 000</b>
Rappel 2009		4 250 000	247 000	1 793 000
<b>Différentiel en KFcfp</b>		<b>- 765 600</b>	<b>+ 56 260</b>	<b>0</b>
<b>En K€</b>		<b>-6 380</b>	<b>+ 469</b>	

Une autre simulation permet de limiter la dégressivité des allocations familiales du RGS, en rapprochant les montants servis au RGS et au RNS sans les égaliser.

- alignement à 9000 F pour tous les régimes des allocations servies pour la 1<sup>ère</sup> tranche de QF,
- introduction d'une dégressivité modérée des allocations familiales au RGS
- maintien des anciens montants dégressifs au RNS

Tableau 7 : Simulations de rapprochement des montants servis, d'introduction d'une dégressivité limitée au RGS

Tranches de QF	AF actuelles RGS	Montants proposés	AF actuelles RNS	Montants proposés	Montants RSPF
1 à 9 999 Fcfp	7000	9000	7000	9000	9000
10000 à 24999	7000	7000	7000	7000	
25000 à 29999	7000	7000	5250	5250	
30000 à 39999	7000	7000	3500	3500	
40000 à 49999	7000	6000	1750	1750	
50000 et +	7000	5000	0	0	

Tranches de QF	Taux répartition enfants / tous régimes	Totaux simulés au RGS / KF	Totaux simulés au RNS / KF	Totaux simulés au RSPF / KF
1 à 9 999 Fcfp	43.7 %	1 172 790	148 140	
10000 à 24999	26.6 %	1 469 160	127 470	
25000 à 29999	6.3 %	358 120	13 440	
30000 à 39999	8.6 %	490 630	11 515	
40000 à 49999	4.8 %	237 720	2 905	
50000 et +	10%	429 200	0	
Totaux		4 157 620	303 470	1 793 000
Rappel 2009		4 250 000	247 000	1 793 000
<b>Différentiel en KFcfp</b>		<b>- 92 380</b>	<b>+ 56 470</b>	<b>0</b>
<b>En K€</b>		<b>-770</b>	<b>+471</b>	

**Recommandation n°1 :** Dans une situation financière difficile pour la protection sociale, et malgré le rôle essentiel d'amortisseur social des prestations familiales en l'absence de minima sociaux universels et d'indemnisation du chômage, la mission ne recommande pas au gouvernement de Polynésie française d'augmenter les ressources consacrées à la couverture du risque famille.

**Recommandation n°2 :** En revanche, comme cela a déjà été discuté dans le cadre de projets de réformes de la PSG, plusieurs pistes de réforme pourraient être relancées autour de quelques objectifs ou principes à enveloppe constante :

- **L'harmonisation des droits selon les régimes :** il est assez difficile de comprendre les raisons qui mènent un enfant en situation de handicap à bénéficier d'aides différentes selon le statut de ses parents (salarié, non salarié, affilié du RSPF).
- **L'égalisation ou au moins le rapprochement des montants des allocations familiales**
- **La prise en compte du niveau de revenu et de la composition des familles :** sans supprimer le bénéfice des allocations familiales aux personnes disposant de salaires élevés, on peut imaginer un montant dégressif en fonction du quotient familial.

### 3. LES FONDS D'ACTION SOCIALE DES TROIS REGIMES

#### 3.1. *Des prestations variables, très faibles pour le RNS, qui connaissent une forte progression*

Chacun des trois régimes de la PSG est assorti d'un fonds d'action sociale. A noter que le FAS du RSPF comporte également les budgets permettant de financer les établissements sociaux et médico-sociaux qui prennent en charge les publics vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes handicapées cf partie 2). Comme pour les prestations familiales, la situation du RNS est très en retrait des deux autres régimes.

Les fonds d'action sociale du RNS et du RSPF sont financés par une subvention du Pays tandis que celui du RGS est entièrement financé par des cotisations employeurs. Les montants sont très sensiblement différents :

- 50 MFcfp au RNS soit 3216 Fcfp par affilié (15 547 affiliés au 31 décembre 2009)
- 1 636 MFcfp au RGS soit 12 749 F cfp par affilié (157 809 affiliés au 31 décembre 2009)
- 1 Md Fcfp au RSPF – soit 16 267 F cfp par affilié (62 137 affiliés au 31 décembre 2009)

Tableau 8 : Les Fonds d'action sociale du RNS et du RSPF en 2009

<b>KF</b>	<b>RSPF</b>	<b>RNS</b>
<b>PRESTATIONS EN NATURE dont :</b>	<b>502 028</b>	<b>19 400</b>
Frais médicaux et paramédicaux	4 744	361
Aides vestimentaires	49 256	1 268
Prothèses	4 239	0
Aides alimentaires	94 789	1 319
Frais de transport	7 019	43
Tierces personnes	80 463	3 392
Frais hébergement et crèches garderies	47 163	1 892
Frais hébergement et transport évasanés des îles	42 000	3 058
Aides à l'habitat	24 882	755
Aides à l'insertion	4 750	108
Bourses de formations / animateurs	3 990	109
Aides diverses	7 913	151
Aides à la scolarité	33 093	940
Bourses de vacances	97 732	6 004
<b>PRESTATIONS EN ESPECES dont :</b>	<b>363 017</b>	<b>2 485</b>
Aides à la scolarité	303 701	0
Aides aux familles	59 315	2 485
<b>PROTECTION DES PUBLICS VULNERABLES dont :</b>	<b>311 165</b>	
Placements des enfants en danger	199 857	
Placements des personnes âgées	19 436	
Placements des adultes handicapés	91 873	
<b>PROGRAMMES D'ACTION SOCIALE</b>	<b>135 744</b>	
<b>AIDES EXCEPTIONNELLES ET ACTIONS COLLECTIVES</b>	<b>10 020</b>	<b>214</b>
<b>PARTICIPATIONS CANTINES SCOLAIRES</b>	<b>0</b>	<b>27 880</b>
<b>TOTAL en KF</b>	<b>1 321 974</b>	<b>50 000</b>
<b>En K€</b>	<b>11 016</b>	<b>417</b>

Source : Direction des affaires sociales

Tableau 9 : Le fonds d'action sociale du RGS en 2009

KF	2009	2010
Complément familial	600 000	800 000
Allocation de rentrée scolaire	120 000	168 000
Cantine	470 000	480 000
Centres de vacances	255 000	307 000
Frais d'hébergement	47 000	60 000
Autres aides sociales	144 000	171 000
<b>Total en KFcfp</b>	<b>1 636 000</b>	<b>1 986 000</b>
<b>En K€</b>	<b>13 633</b>	<b>16 550</b>

Source : CPS

S'agissant des bénéficiaires du fonds d'action sociale du RSPF, plusieurs évolutions des aides versées attestent de l'aggravation de la situation sociale en Polynésie :

- entre 2007 et 2009, le nombre de demandes de prestations de tierces personnes liées à la perte d'autonomie a crû de 22 % entre 2007 et 2009 ;
- malgré une augmentation de 60 % entre 2008 et 2009, les aides alimentaires ne permettent pas de satisfaire les demandes qui explosent ; le même constat peut être fait pour les aides vestimentaires ;
- le nombre de bénéficiaires d'aides à l'habitat a crû de 50 % entre 2008 et 2009.

Comme pour les prestations légales, la recherche d'harmonisation des aides sociales à coût constant pourrait guider les réflexions. Le principal enjeu réside dans l'accès au complément familial et à l'allocation de rentrée scolaire pour les affiliés du RNS.

Les frais d'accueil en crèches ou d'assistantes maternelles à domicile (42,6 MF en 2009 pour le RSPF) pourraient en outre relever des prestations légales.

### 3.2. La gestion des fonds d'action sociale

Pour les FAS du RNS et du RSPF, la direction des affaires sociales du territoire ordonne les dépenses tandis que l'agence comptable de la CPS procède aux règlements. Le FAS du RGS est quant à lui entièrement géré à la CPS, aussi bien pour l'ordonnancement via un service social dédié, que pour le règlement.

La procédure d'admission au RSPF, qui a concerné 9 855 personnes en 2009, relève en premier lieu des communes qui constituent les dossiers puis de la direction des affaires sociales. La cellule de la DAS compte une dizaine d'agents dont le rattachement à la CPS a déjà été envisagé, sans suite. En tout état de cause, que l'on considère que les frais de gestion du RSPF permettent à la CPS d'assumer cette nouvelle tâche, proche de son cœur de métier, ou que l'on estime nécessaire de transférer les emplois, ce point d'articulation entre la DAS et la CPS mériterait d'être reposé.

A l'inverse, les missions du service social des salariés, actuellement au sein de la CPS, sont très proches de celles des services sociaux de droit commun du Territoire. Il est en effet assez étrange que pour des missions comme la protection de l'enfance en danger ou la prise en charge du handicap, les procédures, les services, les aides versées diffèrent selon que les parents ou le bénéficiaire relève d'un régime ou d'un autre. Le transfert de ce service qui comporte 31 salariés à la direction des affaires sociales a également été envisagé puis abandonné après l'opposition des salariés qui ne souhaitaient pas rejoindre la fonction publique territoriale. Aujourd'hui la DAS propose un rattachement fonctionnel.

On pourrait alors avoir une organisation commune pour tous les Polynésiens :

- les services sociaux du territoire instruisent les demandes individuelles et assurent le suivi social des populations ;
- la CPS assure l'affiliation à tous les régimes, dont le RSPF, et liquide les dépenses ordonnées par les services sociaux dans le cadre des trois fonds d'action sociale.

**Recommandation n°3 : Comme pour les prestations légales, envisager un rapprochement des prestations entre les régimes de la PSG.**

**Recommandation n°4 : Stabiliser l'articulation entre le Territoire et la CPS en envisageant de confier à la direction des affaires sociales le suivi social de l'ensemble de la population polynésienne et à la CPS l'ensemble des missions d'affiliation et de règlement des dépenses.**

## **CONCLUSION**

Les allocations familiales légales et les prestations sociales facultatives des trois fonds d'action sociale constituent aujourd'hui le seul amortisseur social en Polynésie française alors même qu'elles ne représentent qu'une part limitée des dépenses sociales (7 %). Afin de renforcer leur efficacité sociale, la mission recommande de les orienter vers les ménages les plus en difficulté, en tenant compte à la fois de leur composition et de leurs revenus.

Cela étant, la mission considère qu'à elles seules, ces prestations légales ou extra-légales ne peuvent amortir durablement les chocs sociaux en l'absence d'indemnisation du chômage.