



Papeete, le - 7 JUIN 2022

Le président

à

Monsieur Jean-François BENHAMZA
Président du conseil d'administration
de la Caisse de prévoyance sociale

n° 2022-186

Envoi dématérialisé avec accusé de réception

Objet : notification des observations définitives et de ses réponses relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la Caisse de prévoyance sociale au titre de l'ensemble des prestations apportées.

Pièce jointe : un rapport d'observations définitives.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la juridiction sur la gestion de la Caisse de prévoyance sociale au titre de l'ensemble des prestations apportées concernant les exercices 2016 et suivants ainsi que les réponses qui y ont été apportées.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil d'administration de la CPS. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport et les réponses seront joints à la convocation adressée à chacun de ses membres.

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

En application de l'article R. 272-109 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la juridiction de la date de la plus proche réunion du conseil d'administration et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

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

Jean-Luc LE MERCIER
Conseiller référendaire
à la Cour des comptes



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

Caisse de prévoyance sociale : ensemble des
prestations apportées
Te pū tururuta 'a

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 24 mars 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
PŪ'OHURA'A	5
RÉSUMÉ.....	6
RECOMMANDATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
1 SITUATION DE LA CPS	18
1.1 Un contexte démographique, sanitaire et social qui met sous pression la CPS et la PSG dès avant la crise.....	21
1.1.1 Démographie et économie	22
1.1.2 Pauvreté et précarité	24
1.1.3 Santé publique	24
1.2 Les données de cadrage et les analyses en matière de prestations sociales	28
1.3 Les responsabilités de la CPS en matière de prévention.....	32
1.3.1 La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles	34
1.3.2 Le fonds santé publique	37
1.3.3 Le fonds de prévention assurance maladie	39
1.3.4 L'articulation avec le schéma de prévention et de promotion de la santé	41
1.4 La tutelle du Pays.....	42
1.4.1 Le cadre réglementaire	42
1.4.2 Les instances dirigeantes	44
1.4.3 La direction de la CPS	50
1.5 L'organisation et le contrôle	52
1.5.1 La dématérialisation des contacts et des prestations.....	52
1.5.2 La politique qualité.....	55
1.5.3 La culture de la mesure de la performance	57
1.5.4 Le contrôle.....	57
2 LA GESTION DE PLUSIEURS RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE	65
2.1 Un projet de réforme proposé par la CPS pour 2017.....	66
2.2 Les conditions de l'affiliation aux régimes.....	66
2.3 Les régimes spécifiques	70
2.4 Les recettes.....	72
2.4.1 Les leviers d'action paramétriques	73
2.4.2 Les cotisations dites exceptionnelles	78
2.4.3 Les réserves du RGS.....	80
2.4.4 Des dispositifs de soutien aménagés en réponse à la pandémie	83
3 L'ASSURANCE MALADIE	90
3.1 La CPS et les outils de planification du Pays en matière de santé.....	92
3.2 Évolution des modalités de prises en charge	93
3.2.1 L'unification entre les trois régimes de la longue maladie	94
3.2.2 La réforme de 2018.....	95
3.2.3 La réglementation des tarifs de remboursement	96

3.3	Les prestations en espèce	99
3.3.1	Les prestations en espèce pour cause de maladie et de longue maladie	100
3.3.2	Les prestations en espèce pour maladie professionnelle et accident du travail	102
3.3.3	Les indemnités journalières pour maternité	105
3.4	Les soins en établissements de santé	106
3.4.1	Le système d'information médicalisée	107
3.4.2	Le centre hospitalier de la Polynésie française	108
3.4.3	Les organismes de santé privés.....	122
3.4.4	Les activités relevant de la direction de la Santé	131
3.5	Les évacuations sanitaires.....	133
3.5.1	Les évacuations inter-îles.....	134
3.5.2	Les évacuations sanitaires internationales	141
3.6	Les professionnels de santé libéraux.....	145
3.6.1	Les médecins libéraux	149
3.6.2	Les chirurgiens-dentistes libéraux	151
3.6.3	Les sages-femmes libérales	152
3.6.4	Les infirmières libérales	153
3.6.5	Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux.....	154
3.6.6	Les orthophonistes libéraux.....	156
3.6.7	Les podologues-pédicures.....	156
3.6.8	Les actes de biologie médicales des laboratoires privés.....	157
3.7	Les officines de pharmacie	157
3.8	Les autres produits et prestations	160
4	LES PENSIONS DE RETRAITE	162
4.1	Des projets de réforme	163
4.2	Les allocations complémentaires	166
5	LES AUTRES PRESTATIONS.....	169
5.1	Les prestations aux familles.....	170
5.1.1	Les allocations prénatales	171
5.1.2	Les allocations maternité	172
5.1.3	Les allocations familiales	172
5.2	Le handicap.....	173
5.2.1	Les enfants et les adolescents	174
5.2.2	Les adultes	175
5.2.3	Les établissements médico-sociaux	177
5.3	L'action sanitaire et sociale	178
5.3.1	Les aides sanitaires et sociales à la personne.....	178
5.3.2	Le soutien aux établissements socio-éducatifs	185
	ANNEXES	187

SYNTHÈSE

Pour son premier contrôle de la Caisse de Prévoyance sociale, la Chambre a choisi d'avoir une vision d'ensemble de cet organisme depuis 2016. L'étendue du sujet a conduit à la production d'un rapport étoffé accompagné d'un résumé qui reprend tous les aspects traités (cf. ci-après), et d'une synthèse, qui a vocation à mettre en lumière les constats saillants de ce contrôle.

Depuis sa création, le pilotage de la caisse est paritaire. Pour autant, l'analyse montre que le Pays tient un rôle prépondérant en comparaison de ceux des syndicats d'employeurs et de salariés. Ce rôle prééminent est cependant compliqué par un découpage en trois parties de la tutelle du Pays, par la création de trois portefeuilles ministériels distincts contre un seul en 2016 : santé, solidarité, et PSG. Dans ces conditions, le démarrage de l'ARASS n'a pu être que fragilisé, alors que son objet est de renforcer la régulation de l'ensemble de l'action sanitaire et sociale.

Même si un observatoire de la protection sociale reste à construire, les décideurs de la CPS et du Pays successifs, informés depuis longtemps de tendances défavorables en matière de santé publique et d'un choc démographique prévisible, ne sont pourtant pas parvenus à créer une PSG 2 (politique sociale généralisée qui renouvelle le format instauré en 1995). La Chambre a d'ailleurs constaté une situation financière très précaire préalable à la crise sanitaire, qui ne permettait pas au Pays, aux régimes sociaux et à l'hôpital de faire face au moindre choc externe, réalité qui s'est imposée avec la crise COVID survenue depuis 2020. Cette dernière n'a dès lors pas été le seul déclencheur des difficultés mais plutôt son révélateur, rendant difficilement évitable un renflouement financier exceptionnel de la CPS.

Cette situation exceptionnelle semble avoir provoqué l'émergence d'un cycle de réformes de la part du Pays. La Chambre prend acte de ces annonces, qu'il s'agira dès lors de mettre en œuvre afin d'assurer d'une part, la pérennité de ce système et d'autre part, de répondre aux attentes légitimes des citoyens et ce, sans obérer la nécessaire croissance économique vitale pour l'équilibre des comptes.

En attendant la grande réforme annoncée, des retouches ont été engagées par le Pays sur la période récente pour augmenter notamment les recettes, à défaut de maîtriser véritablement les dépenses. C'est la retraite qui a connu les modifications les plus fortes, même si l'horizon de viabilité reste insuffisant. D'autres projets n'ont jamais été lancés, comme la refonte de la réglementation sanitaire et sociale, devenue difficilement lisible.

En interne, la CPS rencontre elle-même des difficultés à moderniser la gestion de ses prestations, initiative qui serait pourtant bénéfique à ses propres services, aux assurés et aux professionnels : digitalisation complète des services offerts, culture de la qualité de service, ce qui inclut la simplification profonde des procédures, et contrôles adéquats pour lutter contre les abus et les fraudes. Pour faciliter ces projets de réorganisation, la Chambre estime que la caisse pourrait profiter rapidement d'un recentrage de ses missions, par la reprise par le Pays de compétences qu'elle assume : prestations familiales, action sociale, aide au handicap, et prévention.

Seule cette version fait foi.

PŪ'OHURA'A

Nō teie hi'opo'ara'a mātāmua 'o' te pū tururuta'a, ua mā'iti mātou i te hō'ē hi'ora'a 'o te ta'ato'ara'a mai te matahiti 2016. Ua ha'a hia mai e mātou i te tahi 'aruru roa 'e te hō'ē ha'apatora'a tei pū'ohu i te mau tumu parau ato'a i raro nei 'e te hō'ē pū'ohura'a nō te ha'amāramarama i ni'a i teie hi'opo'ara'a.

Mai tōna patura'a hia, ua 'aifāito te fa'aterera'a 'o teie pū. Tera rā ho'i ē, e fa'a'ite mai teie heheura'a parau, e mea rahi a'e te ti'ara'a 'o te Hau fenua i te ti'ara'a 'o te mau aupupu fatu taiete 'e te mau rave 'ohipa. Rahi roa atu te fifi nō te mea ho'i ē, ua tāpūpū hia te mana 'o te Hau fenua 'e toru tuha'a fa'aterera'a hau i te matahiti 2016 : te ea, te auturuturura'a 'e te PSG. Ia au i teie ti'ara'a, e taupupū ihoā te ha'amaura'a 'o te pū ARASS, maoti ra, ua ha'amaui hia oia nō te 'aifaro te ta'ato'a 'o te mau ha'a nō te pae 'o te ea 'e te tōtiare.

Noa atu e ha'amaui hia te tahi fa'anahora'a nō te ha'apa'o i te pārorura'a tōtiare, ua 'ite mau ā te mau ta'ata mana 'o te pū tūruruta'a 'e te Hau fenua to'o piti, i te fifi nō te pae 'o te ea 'e te 'ū'anara'a 'o te ihi nu'ura'a nūna'a nō te tau i muri nei, e nehenehe ia e parau aita ia i manuia te parau 'o te PSG 2 (ua ha'amaui hia te PSG mātāmua i te matahiti 1995). Ua hi'o 'apetahi te pū i te pāpū 'orera'a 'o te fāito moni i roto i te 'afata 'a te pū tūruruta'a na mua a'e i te fifi ma'i TOVI nō te amo i te mau hamau'āra'a 'o te mau tuha'a tauturu 'e te Fare ma'i. 'Ati ma'i ia tei tupu mai tā tātou i 'ite mai te matahiti 2020 'e tae roa i teie nei. 'E'ere teie 'ati i te tumu mātāmua 'o te fifi 'o te pū tururuta'a. 'Oia noa tei fa'a'ite 'oi'oi mai ia tātou e te vai ra hō'ē fifi moni rahi. Aita atu ai ia e rave'a inaha e tauturu i te pū.

Ua fā mai i teie fifi i te tahi mau pararera'a 'o te mau ha'amaita'ira'a i te 'ohipa no roto mai i te Hau fenua. Te tāpa'o nei te pū i teie mau parau 'āpī, tera ra, e ti'a ato'a ra ia i te fa'atere i teie mau 'ōpuara'a i tō rātou hope'a nō te : taraire 'o teie fa'anahora'a 'e nō te pāhono i te mau anira'a 'a te huirā'atira mā te fa'ateiaha 'ore i te fa'ahotura'a fa'arava'ira'a faufa'a nō te ha'apāpūra'a i te 'afata.

Nō te ti'ai i te rahira'a 'o te mau ha'amaita'ira'a tā te Hau fenua i fafau mai, ua ha'amaui oia i te tahi mau tauira'a nō te fa'arava'i i te mau moni 'āpī hou atu i te ha'avī i te mau ha'amāu'ara'a.

'O te pae 'o te mau fa'atuha'a tei tauhi rahi noa atu aita e rava'i. Te vai ato'a ra ia, te tahi mau 'ōpuara'a tei 'ore i ha'amaui hia, mai te ha'amaita'ira'a 'o' te ture nō te ea 'e te ihomā tei fifi nei.

I roto ihoā i tōna pū, te 'ite nei 'oia te pū tururuta'a i te tahi mau fifi nō te fa'a'āpī i te ti'a'aura'a 'o tāna mau fa'aura'a. Na roto i teie mau ha'amaita'ira'a e maita'i ato'a ia tāna mau piha 'ohipa, i te mau ta'ata pāroru 'e te mau 'ona : tānūmerara'a i te ta'ato'a 'o te mau fa'aura'a tāmoni 'ore, ha'amaita'ira'a i te mau ha'a 'o te mau piha 'ohipa, te fa'a'ōhiera'a 'o te mau fa'anahora'a 'ohipa, te hi'opo'ara'a pāpū nō te 'aro i mua i te mau tū'inora'a 'e te mau nīnīture. Nō te fa'a'ōhie i teie mau 'ōpuara'a, te a'o nei te pū ia te pū tururuta'a e tā'avei'a i tāna mau tāpura 'ohipa, ia te fa'aho'ira'a i te mana 'a te Hau fenua iana iho : te mau tuha'a tauturu 'utuāfare, te mau ha'a tōtiare, te mau tauturu i te mau huma, 'e te mau ārai.

RÉSUMÉ

Fin décembre 2020, la Chambre a reçu délégation pour 5 ans du Premier président de la Cour des comptes pour le contrôle des comptes et de la gestion de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) jusque-là dévolu à la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes.

Sans présager des contrôles futurs, qui ne manqueront pas d'être effectués durant la durée de délégation, la juridiction a choisi de consacrer ce premier examen à l'ensemble des prestations servies par la Caisse afin d'avoir une vision d'ensemble initiale et globale de cet organisme. La période de contrôle a porté sur les exercices 2016 et suivants.

La Caisse est, depuis son origine, un organisme paritaire investi d'une mission de service public.

Depuis leur création commune en 1956, la CPS et les prestations sociales qu'elle sert ont connu une histoire imbriquée. Les deux ont d'ailleurs suivi un développement continu, marqué par son élargissement significatif en 1995 lors de l'instauration de la protection sociale généralisée (PSG). Avec 99 % de la population résidente affiliée et des prestations relativement étendues, la CPS assure la gestion d'un budget annuel qui dépasse 130 Mrds F CFP depuis 2019, soit l'équivalent du budget de fonctionnement de la collectivité de la Polynésie française. L'économie de la CPS repose sur l'équilibre entre encaissements des recettes constituées pour l'essentiel de cotisations sociales et de subventions, et décaissements pour financer les prestations en nature et en espèces (santé, famille, retraite, accidents du travail, aides sociales). Cette architecture repose sur le principe de solidarité entre contributeurs et bénéficiaires.

En considérant les sommes en question et le modèle social qu'elle incarne, l'enjeu de bonne gestion de la CPS dépasse sa seule dimension pour intéresser plus largement la Polynésie française dans son ensemble.

Dans ses contrôles précédents portant sur la politique de la santé (2019), les affaires sociales et la solidarité (2017), et sur le centre hospitalier de la Polynésie française (2018), la Chambre a constaté une situation financière très précaire, qui ne permettait pas au Pays, aux régimes sociaux et à l'hôpital de faire face au moindre choc externe, ce qui s'est produit avec la crise sanitaire survenue en 2020.

La prise en charge de la maladie et de la vieillesse représente plus de 80 % du total des dépenses de la CPS en 2020. Ses charges sont ainsi plutôt rigides par nature, car elles dépendent de phénomènes qui s'inscrivent eux-mêmes en majorité sur des trajectoires de long terme dont certains sont prévisibles : l'état de santé de la population, démographie (les évolutions économiques étant par nature plus difficile à prévoir). De surcroît, chaque décision de modification de taux de cotisations sociales peut mobiliser plusieurs milliards de francs. Dans ces conditions, la CPS se doit d'être stratège. Piloter la PSG nécessite en particulier de disposer de projections pour estimer, sur des horizons à au moins 10 années, les coûts et les recettes attendues. Et pourtant, la CPS s'est contentée pendant trop longtemps de limiter ses analyses à la préparation chaque année de ses budgets. La mise en place d'outils statistiques prédictifs à moyen terme n'a démarré qu'en 2013 concernant la retraite, et seulement en mai 2021 dans le domaine de la santé. D'autres sujets comme la pauvreté, la précarité, ou la dépendance restent encore peu ou pas étudiés.

La Chambre, si elle note ces progrès récents en matière de gouvernance, demande à la CPS de renforcer véritablement sa culture d'expertise de la donnée. La création d'un observatoire PSG pourrait incarner une étape mobilisatrice dans ce cheminement vers une connaissance objectivée des besoins sociaux et des ressources nécessaires à leur financement. Une politique de données ouvertes volontariste auprès de tous les acteurs publics et privés concernés sera l'une des conditions de son utilité. Cette démarche de partenariat pourra aider à la mise en place du système d'information médicalisé entre tous les intervenants publics, privés et la CPS, qui est prévu par la réglementation depuis 1998. Mais cette perspective ne sera viable que dans le cadre de relations apaisées avec les professionnels de santé. Les tensions constatées notamment avec certaines professions libérales n'ont pas facilité l'acceptation et la mise en œuvre de réformes comme celle du parcours de soins coordonné et du médecin traitant depuis 2018.

Les méthodes de travail observées dans le passé expliquent en partie les retards accumulés dans le programme de réformes ; les constats partagés entre la CPS et le Pays sur les tendances alarmantes en matière de santé publique et le choc démographique déjà en marche se sont révélés insuffisants pour installer avec tous les acteurs une dynamique adéquate visant à créer enfin la PSG 2.

La CPS partage cette responsabilité avec la collectivité de la Polynésie française. Le pilotage de la PSG tel qu'il est défini par les textes, est en effet imbriqué entre les deux institutions. Même s'il est minoritaire, le Pays est représenté aux conseils d'administration des régimes des salariés (RGS) et des non-salariés (RNS), il préside le comité de gestion du régime de solidarité (RSPF) qu'il finance. L'ordre du jour de ces instances est arrêté par le président de chaque régime, sur proposition du directeur et après avis du ministre chargé de la protection sociale, qui peut y inscrire d'office une question. Au surplus, la réglementation locale impose aux instances de la CPS de transmettre au conseil des ministres pour validation et rendu exécutoire leurs délibérations budgétaires. L'exécutif du Pays a de cette manière le dernier mot sur les budgets de la PSG. L'agent-comptable de la CPS est nommé par le président de l'exécutif, comme son directeur, qui est destinataire d'une lettre de cadrage budgétaire annuelle de la part du ministre de tutelle ou du président du Pays. Si ces éléments tendent à conclure à une gouvernance encadrée par le Pays, au surplus actif dans ses prérogatives, ce dernier est resté trop passif sur la codification du droit de la santé et du droit social. Il s'agit pourtant d'une compétence ancienne confiée par les statuts d'autonomie successifs au conseil des ministres. Cette inaction a abouti déjà depuis longtemps à une PSG fondée sur une norme illisible, incomplète et parfois ancienne. Cette situation légistique dégradée par l'enchevêtrement des textes ne facilite d'ailleurs pas les initiatives de réforme, et contraint la CPS à rédiger elle-même des recueils juridiques internes pour que ses services puissent assurer un suivi réglementaire des prestations qu'ils servent. Elle a indiqué en complément être saisie par le Pays, alors qu'il est l'autorité réglementaire, pour qu'elle lui communique des extraits de ses compilations. La Caisse s'est abstenue d'aller au bout de la démarche, en n'adressant pas une demande formelle à la collectivité de codifier le droit de la PSG.

Le rôle du Pays dans le pilotage a été renforcé par la création en 2018 de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS). Ce service placé sous l'autorité hiérarchique du ministre de la Santé exerce certaines missions auparavant assurées par la CPS, au risque selon celle-ci d'une disjonction entre expertise médico-économique en amont que l'ARASS effectue désormais, et préparation en aval des budgets des régimes sociaux par la Caisse.

En revanche, l'affirmation du Pays n'a pas été facilitée par la nomination récente de trois ministres, contre un seul en 2016, qui ont directement compétence en matière de PSG : un ministre de tutelle, un ministre de la santé et de la prévention, et une ministre de la famille, des affaires sociales, de la condition féminine, en charge de la lutte contre l'exclusion.

Dans ce contexte évolutif, la technicité de la CPS et l'importance des données sociales qu'elle détient dans son système d'information, même si elles les exploitent encore insuffisamment, devraient l'inviter à tenir, davantage qu'auparavant, un rôle éminent de conseil technique auprès de la collectivité et des professionnels de santé. Elle doit intégrer cette nouvelle donne afin d'assumer pleinement cette fonction centrale. Ses instances dirigeantes formulent bien de temps à autre des « vœux » qu'elles adressent au Pays, mais cette démarche doit être formalisée, pour notamment en assurer un suivi précis et régulier. Ce redimensionnement attendu doit remettre en cause son propre fonctionnement interne, et interroger notamment la réelle plus-value de la dizaine de commissions qu'elle a créées. Le lancement en 2019, sur l'initiative du Pays, du comité d'orientation des retraites (COSR), une instance consultative ad hoc, aurait été moins opportune si la commission retraites de la CPS, émanation de ses instances dirigeantes, avait été active. Elle n'a pas en effet été réunie depuis 2016. De surcroît, bon nombre des membres sont présents dans les deux instances.

Ce repositionnement général de la Caisse auprès de la collectivité doit s'accompagner de la recherche d'un niveau élevé d'excellence. Pour y parvenir, elle doit déployer sur un format développé des chantiers qu'elle a pourtant identifiés comme prioritaires depuis longtemps mais qu'elle a du mal à affirmer : digitalisation complète des services offerts aux assurés et aux professionnels, culture de la qualité de service, et contrôles efficaces et à grande échelle pour lutter contre les abus et les fraudes. La direction de la Caisse se doit de mener de front ces trois chantiers complémentaires, ce qui ajoute à la difficulté.

Aujourd'hui encore, 59 % des agents de la Caisse effectuent à titre principal des tâches de saisie manuelle ou de scanner de pièces papiers. Le projet de digitalisation trouvera sa pleine utilité que s'il est adossé à une véritable politique qualité de services, en vue notamment de simplifier son organisation interne et ses procédures. A titre d'illustrations, en matière de procédures, 568 modèles de documents papier sont recensés par la direction, et s'agissant de l'organisation interne, la Chambre a dénombré 112 types d'aide différents financés par les trois fonds de l'action sociale. La dématérialisation attendue rapidement devrait également répondre à l'objectif de développer radicalement les contrôles. En majorité organisées sous la forme d'autorisations, ces procédures préalables sont contraignantes pour les bénéficiaires des prestations et pour les services de la CPS. Cette mission transversale doit dès lors basculer vers la généralisation des contrôles a posteriori, par nature plus efficaces, pour lutter contre les abus et les fraudes, grâce à des traitements informatiques précis et à des enquêtes de terrain ciblées.

L'un des leviers potentiel pour permettre à la Caisse d'enregistrer des succès certains dans ses changements serait qu'elle réduise son périmètre pour concentrer ses forces sur la gestion de l'assurance maladie-accidents du travail, l'invalidité, les maladies professionnelles, les retraites et l'assurance décès. Cela suppose qu'elle propose au Pays, une fois les principes acquis, de faire évoluer la réglementation pour que ce dernier assume entièrement toutes ses compétences sociales telles que les prestations familiales et l'action sociale, ainsi que l'aide au handicap.

Cette nouvelle définition du cœur de métier de la CPS invite à s'interroger sur la répartition actuelle des rôles en matière de prévention dans le domaine de la santé.

La CPS avait inscrit de fortes ambitions sur ce sujet dans son projet d'entreprise en 2014, mais les actions de la Caisse ont par la suite été réduites. Elles ont consisté essentiellement en la distribution de subventions par la création de trois fonds. Ces dotations lui permettent de financer principalement des projets portés par les employeurs, le Pays, des associations et des sociétés commerciales. La Chambre a constaté des faiblesses techniques dans la gestion de ces crédits, et l'organisme n'a pas conduit une évaluation globale lui permettant d'estimer sa réelle plus-value au regard des enjeux de la santé en Polynésie française. Il conviendrait dans ces conditions qu'il engage une réflexion sur sa réelle valeur ajoutée autre que financière à une politique publique qui est règlementairement pilotée par le Pays. La perspective d'éviter le risque de saupoudrage et d'éparpillement des dispositifs de prévention pourrait motiver la Caisse à confier à la collectivité de la Polynésie française, une bonne fois pour toute, cette compétence ; à l'exception des maladies professionnelles et des accidents du travail qui sont l'une de ses prérogatives dans le cadre de ses relations avec le monde du travail.

Ce transfert partiel pourrait participer encore une fois à la nécessaire modernisation de la CPS par son recentrage. Ceci doit favoriser aussi un renouvellement dans la gouvernance budgétaire qui est partagée entre la Caisse et le Pays.

L'affirmation d'objectifs de maîtrise des dépenses sociales répétée par les ministres de tutelle successifs et par les instances de la CPS peut venir, dans certains cas, en décalage avec la nécessité d'offrir une information financière complète. Le budget alloué par la CPS au centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) illustre cette ambiguïté. Pour l'essentiel, les ministres de tutelle et les instances de la CPS affichent un objectif budgétaire à + 0 %, mais il ne s'agit que de la dotation générale de fonctionnement, système de financement qui est fixé par les textes depuis 1998. Depuis, d'autres enveloppes ont été créés, parfois sans support juridique adéquat comme les contrats d'objectifs et de moyens. En prenant en compte l'ensemble, les ressources versées par la Caisse à l'hôpital ont dans les faits, au vue des données de la CPS, progressé de 17 % entre 2016 et 2020. Ce chiffre n'inclut pas d'éventuels abondements complémentaires versés directement par le Pays, que la CPS ne connaît qu'approximativement d'ailleurs, faute d'un suivi global et réellement partagé.

La Chambre ne remet pas en cause cette progression mais le fait qu'elle ne soit pas transparente pour le citoyen. Par ailleurs, il est temps que les parties instaurent un véritable dialogue de gestion, et que le Pays modernise le cadre financier du financement des dépenses de santé.

Plus généralement, les dépenses affectées au financement des prestations servies par la CPS ont progressé de 13 % entre 2016 et 2019. La pandémie survenue depuis 2020 a provoqué une accélération du phénomène. La projection pour 2021 établit un total de prestations à 133,7 Mrds F CFP, contre 124,9 Mrds F CFP en 2019 et 110,5 Mrds F CFP en 2016, soit + 23 Mrds F CFP en à peine six ans. Une série de mesures a pourtant été prise : poursuite du gel d'éléments tarifaires des prestations assurées par les professionnels de santé libéraux, réduction des dotations de la CPS aux établissements de soins publics de la direction de la Santé (- 29 %), maintien des dotations aux cliniques, révision du prix du médicament, et conditions d'octroi des pensions de retraite moins favorables depuis 2019. Les prestations familiales ont-elles-aussi diminué, mais sous l'effet de la baisse de natalité.

Face à des dépenses sociales qui apparaissent comme difficilement maîtrisables, la CPS avec le Pays ont été contraints d'augmenter les recettes perçues. Les réformes paramétriques successives qui consistent à majorer les cotisations sociales existantes n'étant pas suffisantes pour éviter les tensions budgétaires de la Caisse, des dispositifs exceptionnels présentés comme provisoires ont été maintenus ou créés au cours de la période. La méthode se répète depuis bientôt 20 ans ; il s'agit de stocker des déficits cumulés sur une période donnée, puis de lui affecter un fonds ad hoc alimenté par des recettes fléchées. Par exemple, le fonds social de retraite exceptionnelle (FSRE) créé en 2005 par la CPS, lui a permis de percevoir un total cumulé de 5,7 Mrds F CFP entre 2016 et 2020. Créé sans loi de Pays, il est financé uniquement à partir d'une cotisation patronale de 1 %, s'écartant du principe fixé par l'article 41 de la délibération AT n°74-22 modifiée, qui pose le principe d'une répartition de 2/3 pour les employeurs et d'1/3 pour les salariés. Ce fonds qui aurait dû s'éteindre en 2018 a été reconduit chaque année depuis. Deux autres fonds sur un schéma approchant ont été mis en place. Malgré ces recettes supplémentaires, l'organisme n'est pas parvenu à constituer des réserves suffisantes. Imposées par la réglementation à la CPS seulement pour les retraites, elles sont destinées à garantir le paiement des prestations sans rupture de trésorerie. Celles-ci ont été systématiquement en-dessous des seuils fixés par les textes, bien qu'ils aient été révisés fortement à la baisse en 2016 par une loi du Pays. Il n'en demeure pas moins que compte tenu des cycles propres à chaque prestation servie, la Chambre estime qu'il est indispensable de conserver la fongibilité des fonds pour leur ensemble. La contrepartie est d'offrir la meilleure transparence qu'il soit des comptes, afin de disposer à la fois d'un budget par risque, et d'une présentation consolidée PSG.

Faute d'une situation financière favorable, la CPS a abordé la crise sanitaire en 2020 sans véritable filet de sécurité budgétaire. La crise n'a pas été le seul déclencheur des difficultés mais plutôt son révélateur et doit appeler des réformes visant à assurer la pérennité d'un système fragile tout en préservant les équilibres sociaux. Même si une augmentation de plafonds et de taux de cotisations a été actée avant la pandémie, elle n'a pas eu d'autre choix, pour éviter une suspension du paiement des prestations sociales, que de mobiliser des dispositifs exceptionnels de sauvetage sous la forme de prêts mis en œuvre conjointement par le Pays et par l'État. Au 31 décembre 2020, sur un total de trésorerie disponible de 26,1 Mrds F CFP au RGS, 16,467 Mrds F CFP sont issus des emprunts. Une convention relative à un prêt supplémentaire de 7,4 Mrds F CFP a été signée entre la direction de la Caisse et le président du Pays le 7 décembre 2021.

Cette situation exceptionnelle semble avoir provoqué l'émergence d'un cycle de réformes de la part du Pays. La Chambre prend acte de ces annonces, qu'il s'agira dès lors de mettre en œuvre afin d'assurer d'une part, la pérennité du système et d'autre part, de répondre aux attentes légitimes des citoyens et ce, dans un contexte économique et social fragilisé.

En conclusion, la Chambre s'est attachée à distinguer les voies d'amélioration selon qu'elles dépendent de la CPS, ou qu'elles font l'objet d'une responsabilité partagée avec la collectivité de la Polynésie française. Les chantiers propres à la direction de la Caisse sont urgents et nombreux, à cause des retards cumulés. Les constats sur une situation préoccupante maintes fois rappelés par toutes les parties prenantes doivent laisser place à l'action structurée de long terme, au moyen notamment d'une coopération intégrée entre elles. Même si la Chambre a conscience de la difficulté de l'ouvrage, l'heure n'est plus ni aux reports, ni aux ajustements modestes, mais à la conduite d'une vision d'ensemble partagée et transparente, si l'objectif est de préserver le modèle social (voire améliorer) construit depuis plus de cinquante ans.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Dès 2022, professionnaliser l'attribution, la gestion et le suivi internes de toutes les dotations versées.

Recommandation n°2 : Adresser dès 2022 à la collectivité de la Polynésie française une demande formelle afin de codifier le droit de la santé et le droit social.

Recommandation n°3 : Dès 2022, suivre des indicateurs qualité de service à partir notamment du traitement des réclamations auprès de tous les types d'usagers (assurés et professionnels).

Recommandation n°4 : Développer dès 2022 les contrôles a posteriori en se dotant des capacités informatiques adéquates.

Recommandation n°5 : Calculer et pratiquer les taux par risque en toute transparence au juste coût à partir du budget 2023.

Recommandation n°6 : S'assurer du respect du niveau des réserves règlementaires.

Recommandation n°7 : Réserver les contrats d'objectifs et de moyens aux seules opérations expérimentales nouvelles à partir du budget 2023.

Recommandation n°8 : Centraliser la régulation et le contrôle des évacuations sanitaires inter-îles dès 2022.

En réponse aux observations provisoires, M. RAFFIN, ancien directeur, a indiqué que les axes d'amélioration proposés rejoignent pleinement les orientations précisées dans la lettre de mission 2021-2022 de la direction générale.

Le président de la collectivité a estimé que les propositions et les recommandations formulées viennent corroborer son diagnostic et les axes de réforme de la PSG qu'il a commencé à mettre en œuvre.

La Chambre, dans ces conditions, ne peut que renouveler son invitation auprès du Pays et de la CPS à mettre en œuvre les recommandations qu'elle a formulées.

INTRODUCTION

Présentation

Le développement du salariat en Polynésie française s'est accompagné de la mise en place en 1952 du code du travail¹ et d'un régime de prestations familiales obligatoire pour les salariés et leur famille. Ce régime voit le jour le 1^{er} octobre 1956². Le texte social fondateur inclut à la fois un ensemble de prestations, telles que allocations prénatales, maternité, famille, prévention dans le domaine de l'hygiène et de la santé, actions sanitaires et sociales pour l'enfance, aides à l'habitat, et la mise en place de *la caisse de compensation des prestations familiales du territoire*, organisme de gestion en charge de l'encaissement des cotisations et du service des prestations.

Doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, cet organisme paritaire a pour but :

- 1°) d'assurer le service des prestations familiales prévues par les textes en vigueur ;
- 2°) d'effectuer éventuellement le service des prestations complémentaires au profit de l'ensemble ou d'une partie des bénéficiaires relevant de la Caisse ;
- 3°) d'aider ou d'entreprendre, soit directement, soit au moyen de subventions, un programme d'action sociale sanitaire ou familiale dans les conditions prévues au chapitre V de l'arrêté n° 1335 i.t. du 28 septembre 1956.

Il a connu par la suite une succession de réformes du système local de protection sociale qui ont conduit à l'élargissement des prestations pour les salariés et leurs ayants-droits.

¹ Loi n° 52-1322 du 15 décembre 1952 instituant un code du travail dans les territoires et territoires associés relevant des ministères de la France d'Outre-mer.

² Les articles 23 et suivants de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés du territoire des EFO, qui fixe au 1^{er} octobre 1956 l'entrée en vigueur du service des allocations familiales, et l'arrêté n°1336 IT du même jour portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales des établissements français d'Océanie publié au journal officiel du 25 octobre 1956.

L'Assemblée territoriale confie ainsi en 1962 à la Caisse³ la gestion de l'assurance volontaire relative à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (la médecine du travail est créée en 1965⁴). Une aide aux salariés âgés de plus de 60 ans et à leur conjoint survivant est instituée à la même époque, financée à parité par les cotisations des employeurs et par le territoire⁵. Cette allocation est gérée par la Caisse dans un compte distinct. En 1966, est institué le régime de longue maladie, pris en charge également par la Caisse⁶.

Un régime de retraite par points des salariés employés par une personne morale de droit privé ou public, et de leurs ayants-droits est instauré en 1968⁷. La gestion en est confiée à la Caisse qui tient un compte distinct et ouvre un fonds de réserve de garantie. C'est à ce même moment que la Caisse prend le nom de *caisse de prévoyance sociale*.

Le régime d'assurance maladie et invalidité des salariés est revu en 1974⁸ ; cette réforme réaffirme en particulier la vocation de la Caisse en matière de gestion administrative et financière des prestations servies aux salariés.

Un régime de protection sociale (prestations familiales, retraite, fonds de secours) distinct et obligatoire en faveur des travailleurs indépendants du secteur agricole et des artisans est créé en 1979⁹ (RPSMR). Sa gestion administrative et financière est confiée à la CPS qui crée un fonds distinct. Un comité consultatif paritaire est installé.

Un minimum vieillesse sous la forme d'un revenu garanti est instauré en 1982¹⁰. La même année, les enfants et les adultes reconnus comme personnes handicapées bénéficient d'aides sociales¹¹. La Caisse est chargée d'en assurer la gestion administrative et financière.

En 1987¹², le régime de retraite par points des salariés institué en 1968 est remplacé par un régime par répartition pour les mêmes bénéficiaires.

³ Délibération n° 61-123 du 24 octobre 1961 confiant la couverture des risques définis par le décret modifié du 24 février 1957, complétée par la délibération n° 61-124 du même jour.

⁴ Arrêté n° 506 TLS du 25 février 1965 portant organisation de la surveillance médicale des travailleurs de la Polynésie française.

⁵ Arrêté n° 357 TLS du 8 février 1961.

⁶ Arrêté n°3276 TLS du 4 octobre 1966 instituant un régime de prévoyance sociale pour certaines maladies et opérations de travailleurs salariés.

⁷ Délibération n° 67-110 du 24 août 1967 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés.

⁸ Délibération n° 74-22 AT du 14 février 1974 et la délibération n°76-141 AT du 7 octobre 1976.

⁹ Délibération n°79-20 AT du 1^{er} février 1979 portant institution d'un régime de protection sociale en faveur des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, aquiculteurs et artisans. Il a été complété par la délibération n°80-78 du 14 mai 1980 instituant un régime accidents du travail pour les mêmes bénéficiaires.

¹⁰ Délibération n° 82-33 du 15 avril 1982.

¹¹ Délibération n° 82-36 du 30 avril 1982 relative à l'action en faveur des personnes handicapés.

¹² Délibération n°87-11 AT du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime des travailleurs salariés de la Polynésie française.

La protection sociale généralisée – PSG instituée le 1^{er} janvier 1995¹³ a notamment rendu obligatoire la couverture du risque maladie pour tous. Elle organise pour les salariés et les non-salariés les assurances maladie, longue maladie, maternité, chirurgie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'assurance vieillesse, l'invalidité, l'assurance décès, les prestations familiales, et l'aide sociale. Le principe de l'autonomie de chaque régime est consolidé : le conseil d'administration du régime général des salariés (RGS) administre le régime social et l'organisme lui-même¹⁴, et reprend la gestion du RPSMR. Le conseil d'administration du régime des non-salariés (RNS), instance paritaire également, assure la gestion du régime. Une convention confie à l'instance du RGS la gestion administrative et financière du RNS¹⁵. Un comité de gestion du régime de solidarité territoriale (RST) voit également le jour. Comme précédemment, il passe convention avec le RGS pour la gestion administrative et financière du régime. Depuis 1995, les ressortissants de la sécurité sociale présents en Polynésie française sont pris en charge par la CPS pour certains risques, dont l'assurance maladie, même s'ils n'en sont pas ressortissants directs. Les frais sont remboursés par la sécurité sociale et ses régimes annexes¹⁶.

Ce mouvement ininterrompu d'extension du système de protection a conduit à l'affiliation de la quasi-totalité de la population résidente (99 % en février 2021). Le corollaire de cette expansion est l'accroissement des moyens mobilisés par la CPS. Au 31 décembre 2020, ses effectifs comptaient 509 agents, et son budget annuel dépasse 130 Mrds F CFP (prestations servies et autres charges), soit l'équivalent du budget de fonctionnement de la collectivité de la Polynésie française¹⁷.

Le modèle économique de la CPS repose sur l'équilibre entre encaissements des recettes constituées pour l'essentiel de cotisations sociales et de subventions, et décaissements pour servir les prestations en nature et en espèces (santé, famille, retraite, accidents du travail, aides sociales). Les dépenses sont plutôt rigides par nature, alors que les recettes dépendent avant tout de la santé du tissu économique local qui dimensionne les assiettes de cotisations (employeurs, salariés et travailleurs indépendants).

La CPS assure ainsi la gestion de la PSG, sous tutelle du ministère référent. Par ailleurs, le Pays dispose de la compétence normative dans le domaine social et sanitaire au sens de la loi organique n°2004-192 portant autonomie de la Polynésie française. En octobre 2017, le conseil des ministres a d'ailleurs créé sous la forme d'un service de son administration, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), appelée notamment à assurer certaines missions qui relevaient auparavant de la Caisse.

¹³ Délibération n°94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française.

¹⁴ Article 9 du titre II de l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la Caisse : « Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de la Caisse. »

¹⁵ Délibération n°94-19 AT du 10 mars 1994 portant institution du conseil d'administration du RNS.

¹⁶ Décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 et la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.

¹⁷ Dépenses et recettes réelles de fonctionnement, hors comptes spéciaux.

Procédure et conditions de déroulement du contrôle

Le Premier président de la Cour des comptes a donné délégation du contrôle de la CPS par arrêté n° 20-278 en date du 1^{er} décembre 2020. En application de l'article LO. 272-4 et R-272-95 du code des juridictions financières, la chambre territoriale des comptes de Polynésie française a dès lors procédé au contrôle des comptes et de la gestion de la CPS sur les exercices 2016 et suivants relatif à l'ensemble des prestations versées par cet organisme. Il ne s'agit pas d'un contrôle exhaustif de celui-ci mais bien d'un aspect majeur de sa raison d'être. Il est le prélude à, durant la période de délégation, d'autres contrôles thématiques qui ne manqueront pas d'être effectués du fait même de l'importance de la CPS dans le quotidien des polynésiens. La Chambre a dès lors inscrit ce compte dans le programme annuel de travail 2021.

Ce dernier a été modifié par l'arrêté n°2021-11 du 27 octobre 2021, venant clôturer le contrôle portant sur la situation financière de la CPS. Certains des aspects estimés significatifs de cette problématique ont ainsi fait l'objet d'une instruction et d'observations dans le cadre de la rédaction du présent rapport.

En parallèle, le contrôle de la politique sociale conduite par le Pays a été engagé.

M. Vincent FABRE, directeur général et ordonnateur en fonction pendant la présente instruction, a été informé de l'ouverture du contrôle par un courrier individuel en date du 26 janvier 2021, qu'il a réceptionné le lendemain. Ses deux prédécesseurs, M. Yvonnick RAFFIN et M. Régis CHANG, ont été informés pour le même objet et selon les mêmes formes le 26 janvier 2021. Ils ont respectivement réceptionné le courrier les 1^{er} février 2021 et 26 janvier 2021.

L'entretien de début de contrôle a eu lieu le 9 février 2021 avec M. Vincent FABRE et M. Vincent DUPONT, le 10 février avec M. Régis CHANG, et le même jour avec M. Yvonnick RAFFIN.

Le contrôle s'est déroulé sur pièces et sur place.

L'entretien préalable à la formulation des observations provisoires de la Chambre, prévu par les articles L. 243-1 et R. 241-8 du code des juridictions financières, a eu lieu le 18 novembre 2021 avec M. Régis CHANG, avec M. Vincent FABRE le 19 novembre 2021, avec M. Yvonnick RAFFIN le 22 novembre 2021, et enfin avec M. Vincent DUPONT le 6 décembre 2021.

A l'issue du délibéré du 8 décembre 2021, la chambre territoriale des comptes a arrêté ses observations provisoires.

Le rapport d'observations provisoires complet a été adressé le 16 décembre 2021 aux quatre directeurs successifs, ainsi qu'au président du Pays, le 17 décembre 2021. 15 tiers mis en cause ont été destinataires d'extraits.

Les observations définitives délibérées le 24 mars 2022, reproduites ci-après, tiennent compte des réponses communiquées dans le cadre de ce contradictoire et ont été notifiées aux ordonnateurs successifs de la Caisse de prévoyance sociale qui ont usé de leur droit de réponse dans le délai d'un mois imparti à l'article L 272-66 du code des juridictions financières.

Contrôles précédents conduits par les juridictions financières

La CPS examinée par la Cour en 2010

Le dernier rapport d'observations définitives a été rendu public par la Cour en 2010 et a porté sur les exercices 2005 à 2008. Malgré son ancienneté, la lecture des demandes et recommandations formulées à l'adresse de la CPS indique une diversité dans les améliorations envisagées : tableaux de bord des dépenses, prévision budgétaire, contrôle, recouvrement, GPEC, sécurité informatique, fichier des revenus, liste d'établissements de soins hors de Polynésie française à agréer, mise à jour des conventions avec les professionnels, gestion du patrimoine immobilier.

La politique sociale en 2017, le CHPF en 2018, la politique de la santé en 2019, trois contrôles conduits par la chambre territoriale des comptes de Polynésie française.

La Chambre a formulé un ensemble de recommandations au Pays concernant sa gestion et son pilotage dans les champs du social et de la santé. La gestion du centre hospitalier de Polynésie française a fait l'objet également d'observations et de recommandations. Dans les deux cas, la Chambre avait indiqué qu'un choc externe pouvait être de nature à mettre à mal un équilibre précaire.

Ces aspects ont été examinés, même s'ils ne concernent pas directement la Caisse.

Diagnostic de la PSG, et évaluation en 2019 par les missions d'inspection IGAS, IGA et IGF de la mise en œuvre de la convention triennale 2015-2017 entre l'État et le Pays

L'État soutient depuis 2015 la Polynésie française dans le financement de son régime de solidarité à hauteur de 1% du budget, par le versement d'une subvention annuelle de 1,5 Mrds F CFP. A la demande du Pays, une mission d'évaluation composée de trois corps d'inspection nationaux a produit en avril 2015 un rapport assorti de 22 recommandations formalisées. Pour trois d'entre elles, il peut être considéré que la CPS a un rôle à jouer, les autres étant de la responsabilité du Pays :

- améliorer le système d'allocations actuel des ressources aux établissements hospitaliers publics et privés en l'indexant plus directement sur l'activité et en le rendant plus transparent ;
- mobiliser au niveau national les ressources d'appui méthodologique et les systèmes d'information au profit de la Polynésie française pour développer les études et analyses sanitaires, sociales et épidémiologiques ;
- appuyer par les agences nationales le développement de la télémédecine en Polynésie française.

La crise sanitaire survenue en 2020

L'année 2020, à cause des effets de la crise sanitaire, se démarque des années antérieures, en venant modifier la majorité des indicateurs. C'est la raison pour laquelle la période 2016 à 2019 a été souvent retenue dans les analyses afin de voir comment la CPS est entrée financièrement dans la crise. En un mot, si la crise a été un déclencheur ou un révélateur des difficultés rencontrées.

Par délibération du 17 mars 2020, le conseil d'administration du régime des salariés (RGS), et le conseil d'administration du régime des non-salariés (RNS), par délibération du 9 avril 2020, ont autorisé le directeur de la CPS à accorder aux acteurs économiques qui en font la demande, des délais supplémentaires de paiement de leurs charges sociales, et à procéder à des exonérations de pénalités et de majoration de retard. Par délibérations du 9 avril 2020 du RGS et du 30 avril 2020 du RNS, les modalités ont été précisées, et ont été étendues aux délais de dépôt de déclaration. La CPS verse en moyenne au titre du régime général des salariés un total de près de 8 Mrds F CFP par mois de prestations, dont 4 Mrds F CFP pour les pensions de retraite et 1,8 Mrds F CFP pour le fonctionnement de l'hôpital. Ces dispositifs exceptionnels lui ont permis de participer au traitement de la question de la trésorerie des employeurs et des travailleurs indépendants. La direction a estimé le surcoût interne de réorganisation (c'est-à-dire le fonctionnement même de la Caisse et non le coût de la crise) lié à la crise sanitaire à 159 MF CFP.

Concernant les prestations, la CPS a contribué à la mise en place du fonds de solidarité nationale octroyé aux entreprises¹⁸, de l'indemnité de solidarité versée aux travailleurs indépendants¹⁹, et de l'indemnité exceptionnelle²⁰.

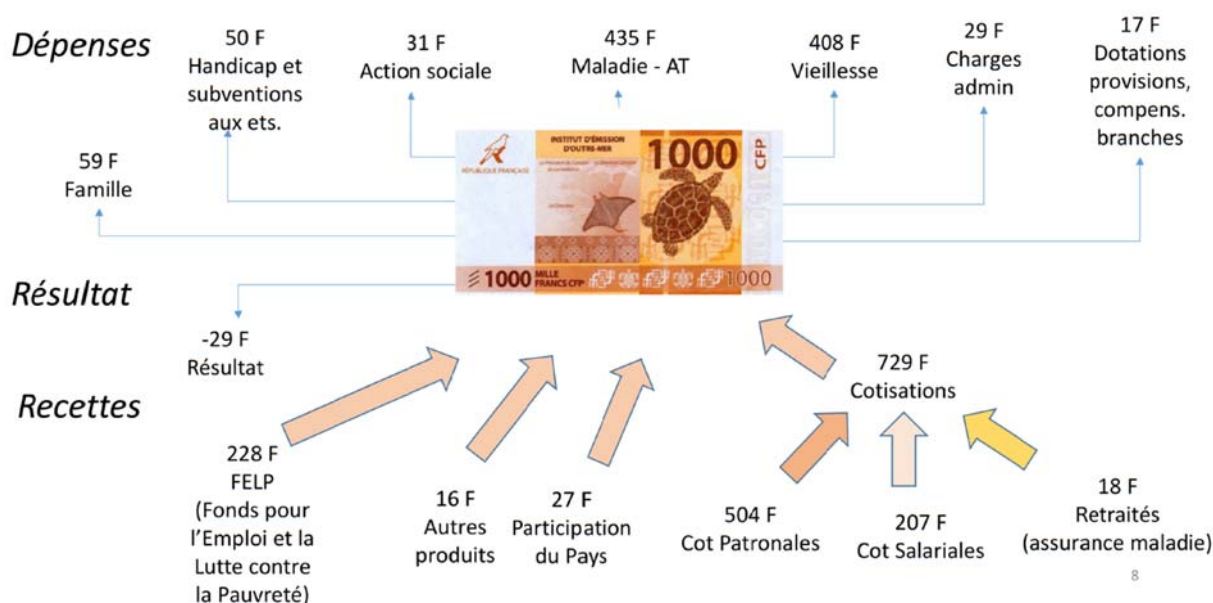
¹⁸ Convention n°2-20 entre l'État et la Polynésie française relative à la mobilisation du fonds de solidarité nationale à destination des entreprises particulièrement touchées par les conséquences économiques du virus covid-19.

¹⁹ Arrêté n°359 CM du 31 mars 2020 portant application de l'article Lp. 6 de la loi du Pays n°2020-9 du 27 mars 2020 relatif à l'indemnité de solidarité.

²⁰ Arrêté n°358 CM du 31 mars 2020 portant application de l'article Lp. 10 de la loi du Pays n°2020-9 du 27 mars 2020 relatif à l'indemnité exceptionnelle.

1 SITUATION DE LA CPS

Avant de faciliter l'approche, la Chambre a illustré son propos en prenant comme exemple la somme de 1 000 F CFP. Sur cette somme, la CPS répartit en plusieurs poste sa dépense. Ainsi, la prise en charge de la maladie, des accidents du travail (AT) et de la vieillesse représente 84,3 % du total des dépenses de la CPS en 2020 (maladie AT 435 F CFP+vieillesse 408 F CFP/ 1 000 F CFP). Le solde est réparti entre les prestations octroyées dans les domaines de la famille, du handicap et de l'action sociale dont le cumul atteint 8 % du total (famille 59 F CFP+handicap, subvention aux établissements 50 F CFP+action sociale 31 F CFP/1 000 F CFP), auquel s'ajoutent les frais de gestion et de compensation entre branches de 4,7 % (charges administratives 29 F CFP+dotations. 17 F CFP/1 000 F CFP).



Source : CPS – arrêts des comptes 2020, hors produits et charges exceptionnels.

Les ressources consistent avant tout en des cotisations sociales (73 %) assises sur les revenus acquittés par les employeurs, par les salariés, et par les travailleurs indépendants, ainsi que par les retraités (729 F CFP/1 000 F CFP). Ces recettes sont complétées par le versement de dotations de la collectivité de Polynésie française, parmi lesquelles le fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté²¹ (FELP, 228 F CFP/1 000 F CFP) qui alimente le régime de solidarité, dont les ressources proviennent en partie de la contribution sociale généralisée–CST, cotisation sociale.

²¹ Le produit de la contribution sociale généralisée – CST créée par la délibération n°94-142 AT du 8 décembre 1994, a été affecté directement au budget de la CPS (délibération n°94-143 AT du 8 décembre 1994) pour le compte du régime de solidarité territoriale. La délibération n°2013-58 APF du 13 juillet 2013 a créé le compte d'affectation spéciale « fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté » qui reçoit les recettes issues de la CST et d'autres produits (droits sur les tabacs, alcools et produits sucrés, portion de la taxe sur les carburants, et autres dotations exceptionnelles éventuelles, versements depuis le budget général de la Polynésie française).

L'impact global de la crise sanitaire, même s'il est encore tôt au moment de la rédaction du présent rapport (décembre 2021) pour l'évaluer avec le recul nécessaire, a fait l'objet de la part de la CPS d'un premier point en mai 2020 concernant le régime des salariés²². Il y était indiqué notamment la sensibilité des recettes issues des cotisations due au poids significatif des employeurs dont l'activité est la plus élevée : les cotisations versées par les 107 employeurs les plus importants sur un total de près de 6 000 pèsent 58% du total. **Il est à noter que les soutiens du Pays et de l'Etat ont permis d'éviter des cessations d'activité synonymes de pertes de cotisations.**

Les trajectoires envisagées évoquaient une chute des recettes en 2020 de 25 % soit 25 Mrds F CFP et la nécessité d'un emprunt du même montant. Au même moment, la CPS dressait l'inventaire des mesures d'organisation interne à envisager. En juillet 2020, la CPS constatait une contraction du nombre d'emplois salariés entre janvier et juin 2020 de 13 %²³.

La direction de la CPS a estimé l'impact de la crise sanitaire sur 2020 dans son rapport d'activité 2020. Des tableaux de bord pour la direction et à destination du conseil d'administration du régime des salariés ont été produits à compter du 1^{er} trimestre 2021. En février 2021, la CPS estime que la population cotisante enregistrée au titre du RGS et du RNS aurait ainsi diminué de 2,4 % (76 300 contre 78 200) entre février 2020 et février 2021.

La présentation consolidée du budget indique que, s'agissant de la période antérieure à la crise (2016-2019), un exercice sur deux est déjà déficitaire, malgré le versement de dotations ou de cotisations émanant de dispositifs créés dans le cadre de l'apurement de déficits constatés antérieurement. 9,3 Mrds F CFP ont été alloués dans ce cadre à la CPS entre 2016 et 2019.

Le coût total des prestations servies a franchi la barre des 120 Mrds F CFP depuis 2019. Les pensions de retraite, aux montants annuels supérieurs à 40 Mrds F CFP depuis 2018, enregistrent les trajectoires les plus dynamiques (+ 20 %). L'assurance maladie connaît une évolution soutenue (+ 12 %), et devrait augmenter de plus de 10 Mrds F CFP entre 2016 et 2021.

Sur cet aspect, dans ses présentations aux instances dirigeantes, la direction de la Caisse devrait distinguer les recettes selon leur nature (exceptionnelle au sens large ou pas), ainsi que les prestations des autres charges.

L'examen détaillé de ces postes de recettes et de dépenses est conduit dans les développements du rapport.

²² Conseil d'administration des salariés du 7 mai 2020.

²³ Cf. le rapport aux instances de juillet 2020 « La CPS à l'épreuve de l'état d'urgence sanitaire ».

Tableau n° 1 : Budget de la CPS consolidé tous régimes

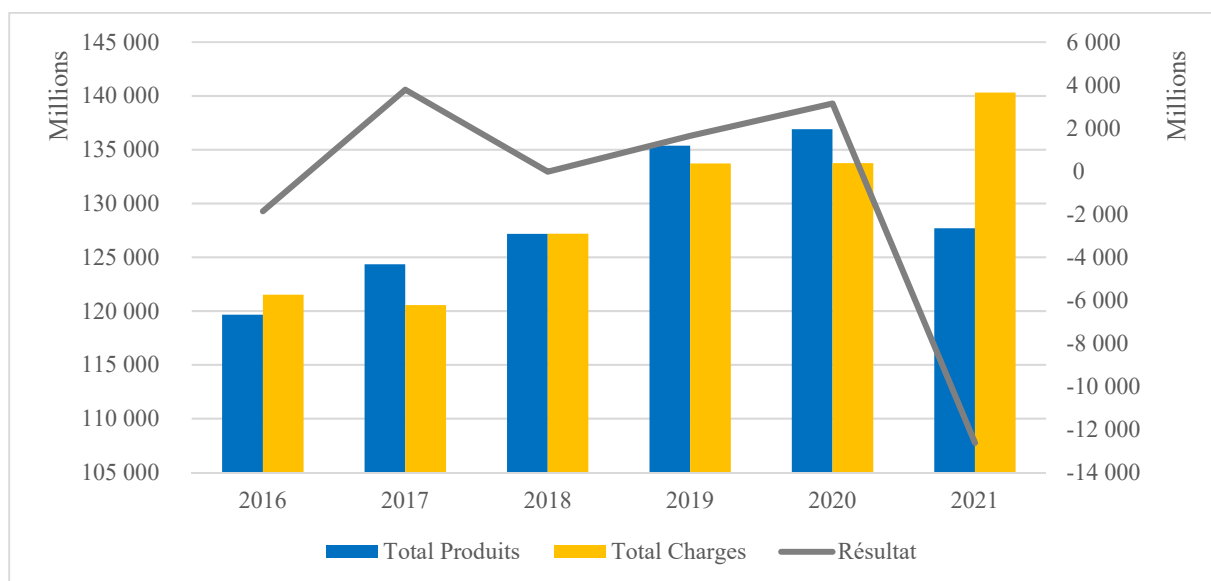
en francs CFP

	2016	2017	2 018	2019	2019/2016	2020 (pour mémoire)	2021 (projeté)
Cotisations sociales hors dispositifs exceptionnels	84 066 349 411	84 746 772 296	89 676 521 290	91 454 215 193	9%	90 517 657 529	92 738 000 000
annués FADES	800 000 000	800 000 000	800 000 000	800 000 000	0%	800 000 000	800 000 000
FSRF	1 108 447 024	1 134 830 117	1 170 715 064	1 195 005 715	8%	1 143 478 291	1 129 000 000
cotisation exceptionnelle AM				1 497 691 839	ns	1 614 350 507	1 568 000 000
 sous-total cotisations supplémentaires	1 908 447 024	1 934 830 117	1 970 715 064	3 492 697 554	83%	3 557 828 298	3 497 000 000
FELP	24 990 064 268	29 849 567 734	27 664 918 347	28 753 320 907	15%	29 400 682 524	26 036 000 000
Autres participations du Pays	2 622 665 639	2 570 294 292	4 124 863 866	4 405 357 860	68%	3 508 213 410	2 552 000 000
Produits d'exploitation (hors subv. et hors Reprises prov. techniques)	2 931 281 192	3 986 683 945	2 789 487 065	4 681 040 823	60%	2 370 802 457	2 126 000 000
Produits Financiers	163 874 349	39 229 671	281 908 794	200 782 214	23%	274 121 497	272 000 000
Produits exceptionnels (dont Fades exc. de 6 868 706 508 F en 2020)	2 978 317 610	1 224 090 038	663 603 550	2 376 142 482	-20%	7 277 162 902	467 000 000
Total produits	119 660 999 493	124 351 468 093	127 172 017 976	135 363 557 033	13%	136 901 469 117	127 688 000 000
AMAT	51 109 694 674	52 134 693 019	54 946 175 352	57 190 666 028	12%	56 076 947 263	61 619 000 000
AVTS	13 104 000	9 472 000	7 744 000	5 544 000	-58%	4 224 000	2 112 000
RETA	31 421 807 628	32 607 000 132	34 122 887 385	37 100 017 565	18%	37 967 532 174	38 046 866 510
RETB	6 332 547 909	6 677 006 596	7 058 909 844	7 723 045 508	22%	7 990 873 704	8 034 514 409
FSR + ASPA(RST)	6 310 692 218	6 362 501 097	6 428 724 846	6 592 682 002	4%	6 718 398 854	6 923 443 800
PF	7 279 138 559	7 057 140 662	6 990 641 814	6 973 535 193	-4%	7 912 223 576	7 264 000 000
Handicap	4 810 266 391	4 896 143 739	5 331 425 870	5 463 019 809	14%	6 241 205 185	7 134 000 000
Aides sociales	3 256 642 565	3 455 606 282	3 710 583 822	3 857 574 268	18%	3 746 960 844	4 148 000 000
 Sous-total prestations servies	110 533 893 944	113 199 563 527	118 597 092 933	124 906 084 373	13%	126 658 365 600	133 171 936 719
Charges administratives	8 112 900 974	6 264 580 852	7 759 747 828	6 834 738 510	-16%	6 681 929 818	6 533 000 000
Charges financières	84 812 661	17 708 440	159 744 771	114 510 481	35%	183 666 709	268 000 000
Charges exceptionnelles	2 786 653 174	1 076 257 928	672 014 433	1 863 045 282	-33%	229 827 089	341 000 000
Total charges	121 518 260 753	120 558 110 747	127 188 599 965	133 718 378 646	10%	133 753 789 216	140 313 936 719
Résultat	-1 857 261 260	3 793 357 346	-16 581 989	1 645 178 387	ns	3 147 679 901	-12 625 936 719

Source : données CPS, agence comptable au 16 novembre 2021.

Sans les interventions de la collectivité, le résultat net consolidé de la PSG (tous régimes confondus) serait déficitaire depuis 2016.

L'évènement exceptionnel de la pandémie n'a fait qu'aggraver une situation fragilisée de longue date laissant à penser que la crise est dès lors plus révélatrice de celle-ci, qu'elle ne l'a accentuée. La Caisse a dès lors dû bénéficier de soutiens financiers ad hoc (cf. le § 2.4.4.2.).

Graphique n° 1 : Budget de la CPS consolidé tous régimes, en F CFP

Source : données CPS.

1.1 Un contexte démographique, sanitaire et social qui met sous pression la CPS et la PSG dès avant la crise

Lorsque sont étudiées les tendances à moyen terme, l'activité et le budget de la CPS sont affectés principalement et conjointement, d'une part, par l'étendue de la couverture sociale offerte fixée par la réglementation locale, et d'autre part, par l'évolution de la société polynésienne qui en détermine les besoins sociaux. Les tendances démographiques, sanitaires et économiques conditionnent en effet à la fois les recettes à percevoir (assiette des cotisations sur le travail et fiscalité locale qui alimente les subventions du Pays) et les dépenses futures (besoins de prestations des ressortissants et dispositifs proposés pour y répondre).

C'est à raison que la CPS présente dans sa documentation publique ce type d'analyse générale par la production annuelle d'un rapport « les chiffres clés ». Ce document a été supprimé en 2019 pour être incorporé, en grande partie, dans le rapport d'activité de la même année, au risque d'altérer sa lisibilité dans sa nouvelle version par le foisonnement de données présentées. La Chambre sur ce sujet invite la CPS à redéfinir le contenu de son rapport d'activité modifié, en recherchant un meilleur équilibre entre recherche de l'exhaustivité statistique et lisibilité pour le plus grand nombre.

Sur le contenu, la Chambre partage le constat de la CPS sur le caractère très défavorable des tendances générales observées, qui tendent à provoquer une hausse continue de la demande de la majeure partie des prestations sociales.

Les données présentées ci-après sont majoritairement issues des rapports annuels d'activité, des recueils de « chiffres clés » publiés par la CPS, ainsi que de tables statistiques qu'elle a élaborées à l'occasion de l'instruction.

1.1.1 Démographie et économie

Des dépenses PSG qui augmentent deux fois plus vite que le PIB et huit fois plus rapidement que l'effectif de la population

Depuis la mise en place de la protection sociale généralisée en 1995, le montant total consolidé du coût de l'ensemble des prestations, hors charges de gestion, pris en charge par la CPS, est passé de 36,7 Mrds F CFP à plus de 130 Mrds F CFP en 2021, soit une hausse de + 270 %. Cela correspond à une croissance moyenne annuelle de + 16 %, un rythme bien supérieur à celui du produit intérieur brut local (+ 2,9 % de variation annuelle moyenne). Le poids relatif des dépenses de la PSG rapporté au PIB brut a ainsi quasi doublé, 20,3 % en 2019, contre 11,2 % en 1995. L'écart de trajectoire est plus important lorsqu'est comparée l'évolution entre les dépenses et la population totale. Cette dernière a connu une variation annuelle moyenne de + 1,22 % (275 918 habitants en 2017 contre 219 521 habitants en 1996, années des recensements – ISPF), ce qui signifie une intensité de dépenses per capita en croissance soutenue. Même si une bonne partie de la croissance des dépenses observée sur la période 1995-2019 se produit entre 1995 et 2015 (+ 10,5 % de croissance annuelle moyenne), ces tendances structurellement à la hausse dessinent un contexte préoccupant. Les projections conduites par la Caisse confirment ces inquiétudes.

Le vieillissement accéléré de la population

Si la tendance récente est à la décélération de l'augmentation des dépenses sociales prises en charge par la CPS (+ 0,8 % en moyenne annuelle entre 2015 et 2018), les projections démographiques réalisées ne sont pas favorables. La Polynésie française connaît depuis quelques années une transition démographique forte. Celle-ci est marquée par une diminution des classes d'âges jeunes provoquée par la baisse des indices de natalité, et par un accroissement des effectifs plus âgés qui bénéficient de l'augmentation de l'espérance de vie²⁴. L'Institut de la statistique de Polynésie française - ISPF évoque même un « choc démographique ». D'ailleurs, la baisse de la natalité a été telle que la projection réalisée en 2009 par l'institut qui estimait la population totale en 2017 à 292 000 individus, a été revue par le dernier recensement qui a dénombré cette année-là seulement 276 000 habitants.

²⁴ Cf. la note de l'ISPF publiée en août 2017 « Points forts de la Polynésie française 05 : « Démographie de la Polynésie française : quelques enjeux structurels pour l'avenir ».

Cette réduction de la natalité, facteur défavorable à terme sur les grands équilibres des régimes sociaux, a provoqué toutefois une contraction des prestations familiales. La baisse de la natalité de 36 % sur longue période (5 513 naissances en 1989 contre 3 540 en 2019) a eu comme effet de diminuer mécaniquement les montants versés au titre des prestations familiales (allocations familiales, maternité et allocations prénatales) : 6,8 Mrds F CFP en 2010 contre 6,4 Mrds F CFP en 2019. Cette baisse reste cependant non proportionnelle à la baisse des naissances, le choix ayant été fait d'augmenter les prestations offertes. A contrario, les effets estimés par l'ISPF concernant l'évolution de la solidarité intergénérationnelle concernent principalement la diminution du rapport entre le nombre de personnes en âge de travailler et celles âgées de plus de 65 ans. **La projection la plus récente, qui a été établie pour 2030, indique que la part des personnes âgées de 60 ans et plus passerait de 13 % en 2018 à 19 % en 2030** du total de la population, soit un effectif augmenté de + 55%, (porté à 54 000²⁵), alors que la population totale ne devrait croître que de 2 %. Ces constats sont repris à l'identique par la CPS. Cette situation est porteuse de déséquilibres financiers dans un avenir proche.

L'augmentation du poids relatif du coût des pensions de retraite

La CPS constate le doublement de nombre de bénéficiaires d'une pension de retraite entre 1999 et 2019. Le montant total des pensions a quant à lui été multiplié par quatre (51 Mrds F CFP en 2019 contre 13 Mrds F CFP en 1999). Le coût annuel par bénéficiaire multiplié par deux est la conséquence de l'arrivée de salariés qui peuvent bénéficier de pensions versées à taux plein plus nombreux, ayant réalisés des carrières plus longues.

La question de la dépendance

L'ISPF estimait en 2014 que les personnes fragilisées (handicap, perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer...) seraient environ 15 000. Aucune étude en Polynésie française ne permet toutefois d'estimer les besoins de soins et d'accompagnement liés au 4^{ème} âge, et à la perte d'autonomie nécessitant des besoins d'assistance quotidiens. **Hormis quelques études ponctuelles conduites par l'ISPF, la CPS semble dans ce domaine plutôt dans l'attente alors même que la question ne manquera pas de se poser dans les années qui viennent.**

²⁵ Cf. la note de l'ISPF publiée en juillet 2020 « Points études et bilans de la Polynésie française » n°1212 : La population en Polynésie française à horizon 2030.

Effectif des ouvriers-droit et évolution du produit intérieur brut

La situation économique a été plutôt bien orientée au cours de la période précédant la crise sanitaire COVID-19. Le PIB et le nombre d'emplois salariés ont en effet augmenté en continu jusqu'en 2019 (+ 3 % en moyenne), avant de se replier de 7,6 % en 2020. Dans le détail, la relation entre activité mesurée par l'évolution du PIB et masse salariale ou équivalent indique qu'elle est impactée différemment selon les régimes. Les emplois salariés ont crû de 2 % entre 2016 et 2019, et ont diminué de 3 % en 2020, alors que l'évolution de la masse salariale suit de plus près la courbe du PIB, avec respectivement + 3 % et - 5 %. Les chiffres du régime des non-salariés (RNS) s'écartent des tendances précédentes, les effectifs comme les cotisations versées ayant continué à croître en 2020, du fait des soutiens publics massifs au cours de cette période.

1.1.2 Pauvreté et précarité

L'action sociale est un ensemble de dispositifs publics de soutien aux personnes en difficultés économique et sociale et aux personnes handicapées.

Les publications de l'ISPF indiquent que 20 % de la population vivrait sous le seuil de pauvreté relative monétaire, soit en-deçà de 30 000 F CFP par mois par individu²⁶. La pratique de l'autoconsommation, qui permet d'atténuer les difficultés alimentaires est en régression, elle était estimée en 2015 à moins de 10 % de la consommation globale²⁷.

Les données rendues disponibles par la CPS laissent apparaître une hausse des effectifs des publics fragilisés en fin de période. Entre 2006 et 2018, le nombre de bénéficiaires du revenu de minimum vieillesse (allocation complémentaire de retraite) est passé de 4 167 à 6 625 (+ 59 %). De surcroît, 9 605 personnes ont perçu une aide alimentaire en 2020.

Comme précédemment pour la dépendance et ses effets sur les prestations sociales, la question de la pauvreté et de la précarité sont insuffisamment étudiées par la Caisse.

1.1.3 Santé publique

La soutenabilité de la PSG dépend, en matière de dépenses, de la situation sanitaire et sociale de la population qui influe sur les besoins de soins et sur les mesures d'accompagnement social. Les questions de santé publique occupent une place centrale dans cet ensemble.

²⁶ Cf. l'étude budget des familles 2015 – premiers résultats.

²⁷ Cf. l'étude budget des familles 2015 – la consommation non monétaire ou autoconsommation – 2^{ème} partie.

1.1.3.1 Le poids de la longue maladie

La réglementation locale identifie des maladies chroniques nécessitant des traitements prolongés, qui ouvrent droit à des modalités de prise en charge spécifiques par les régimes sociaux. Ce périmètre est un indicateur éclairant de l'état de santé de la population, même s'il ne recouvre, par définition, qu'une partie des soins pris en charge. La Caisse dispose de données assez complètes dans ce domaine, à la différence de la maladie dite ordinaire, situation qu'elle doit corriger.

L'examen de la longue maladie (LM) en Polynésie française est préoccupant.

S'agissant des données médico-économiques, 71% des dépenses de santé prises en charge par la CPS correspondent aux soins des patients en longue maladie.

Les dépenses de santé ont augmenté de 7% entre 2010 et 2019, pour atteindre un total de 56 Mrds F CFP en 2020, dont 39,4 Mrds F CFP dédiés à la longue maladie. Les dépenses de longue maladie représentaient 34,2 Mrds F CFP en 2016, soit une hausse de 15 % en seulement quatre années. La part des dépenses de longues maladies rapportée au total des dépenses maladie est elle aussi en croissance, de 61 % en 2016 à 65 % en 2020.

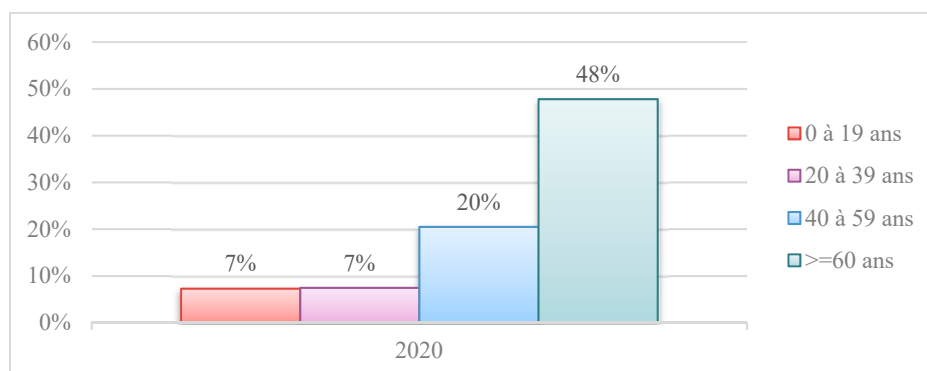
Cette évolution a un impact direct sur les dépenses assurées par les régimes sociaux. Selon la Caisse, le coût moyen d'un patient en longue maladie est d'environ 800 000 F CFP et celui d'une personne âgée en longue maladie est de 1,2 million F CFP par an²⁸.

S'agissant des effectifs, en 2020, 46 572 personnes, tous régimes sociaux confondus, sont inscrites en Polynésie française en longue maladie auprès de la CPS. Elles sont atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques nécessitant des traitements prolongés, soit 17 % de la population. Elles étaient moins de 35 000 en 2010 (+ 33 %), un chiffre déjà élevé.

La part de 17 % de la population est analogue au ratio constaté dans l'Hexagone, mais la population y est plus âgée. Le vieillissement de la population polynésienne constaté précédemment devrait accentuer, si les tendances se confirment, l'ampleur de la maladie chronique en Polynésie française. **A ce jour, près d'un polynésien sur deux (48%) âgé de 60 ans et plus, est inscrit en longue maladie par la CPS.**

²⁸ Page 42 du PV du CA du RGS du 7 novembre 2019.

Graphique n° 2 : Taux de prévalence de la longue maladie par tranche d'âge



Source : données CPS.

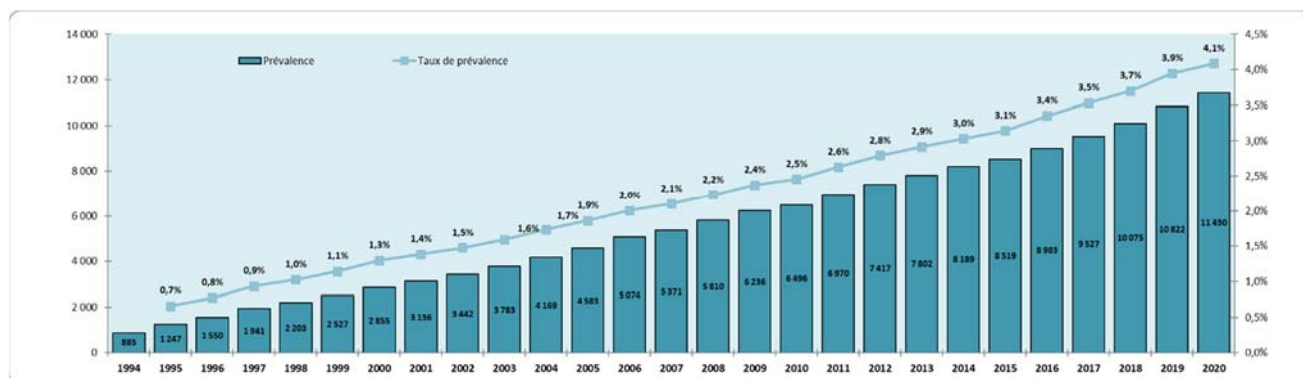
La première étude conduite par la CPS sur cet aspect (projections dépenses de santé – mai 2021) prend en compte, même si elle est très partielle, la combinaison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la demande de soins qui y est associée : « les dépenses de la Caisse au titre des prestations en nature vont naturellement augmenter au cours des années futures du fait :

- d'une poursuite du vieillissement de la population (...);
- ce vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la part de la population LM, en moyenne 11 fois plus coûteuse pour la Caisse;
- d'une augmentation des coûts unitaires des actes de santé.

Ainsi, les dépenses totales pourraient évoluer de 9 % sur la période 2019-2023 (...).

Fait aggravant, la part de ces patients inscrits en longue maladie atteints non pas d'une, mais de plusieurs pathologies chroniques est en forte croissance sur la période, de 23% en 2010 à 33% en 2019.

La Chambre ne peut que regretter la tardivité d'une telle étude nécessaire à une analyse prospective documentée seule à même de piloter au mieux les évolutions à venir. Par ailleurs, une partie significative des maladies identifiées sont dites civilisationnelles, car elles touchent au comportement de vie, affectées en particulier par une alimentation déséquilibrée et trop calorique, qui peuvent provoquer des maladies métaboliques ou des anomalies physiologiques, tels que l'hypertension sévère, ou le diabète de type II (maladies dites de surcharge). 22 % des patients (9 519) sont inscrits en longue maladie pour un diabète compliqué (1 941 en 1997). Le coût du diabète pour les régimes sociaux était estimé à 9,7 Mrds F CFP en 2017.

Tableau n° 2 : Taux de prévalence – diabète en longue maladie

Source : D'après CPS, service du contrôle médical.

Taux de prévalence : pourcentage de personnes affectées par une pathologie à un instant donné.

Le diabète de type II est fréquemment un diabète du surpoids vers 40-50 ans, et conduit souvent à la dialyse, un traitement lourd pour les patients et coûteux pour la CPS.

Le surpoids en particulier peut avoir des effets sur la santé qui vont au-delà des affections chroniques classées en longue maladie, en nécessitant des soins importants ponctuels tels que des actes de chirurgie orthopédique des membres inférieurs, actes qui ne sont pas identifiés comme faisant partie de la longue maladie. Cela confirme que la longue maladie ne rend pas compte en totalité de la situation de santé publique. Elle reste un indicateur partiel.

Les effets du surpoids et de l'obésité sur la santé restent finalement peu documentés en Polynésie française, hormis des études ponctuelles parfois anciennes, comme celle conduite en 2010. Le lien avec le risque de diminution de l'employabilité des individus concernés n'a pas ainsi été étudié. Il est certain néanmoins que cette situation sanitaire dégradée favorise les départs à la retraite anticipés pour inaptitude à l'emploi, pesant sur les comptes sociaux.

La direction de la Santé, dans ses interventions au conseil d'administration de la CPS, a estimé la part des enfants obèses à 36 %. Le surpoids touche 70 % de la population et 40 % sont obèses. L'obésité morbide frappe 16 % de la population (étude 2015). Par ailleurs, 80 % des patients atteints de diabète sont obèses. **Le corps médical semble émettre un consensus sur le fait que la prévention en ce domaine doit toucher d'abord les enfants et adolescents.**

Ces chiffres alarmants traduisent une situation dont le contrôle semble difficile et qui n'est pas sans incidence sur la pertinence des objectifs affichés par la Caisse en matière de maîtrise des dépenses de santé.

1.1.3.2 Une demande de soins en expansion continue

En Polynésie française, tous les besoins de soins ne semblent pas être pris en charge, même s'il n'est pas possible de quantifier ceux qui ne sont pas satisfaits, aucune étude qui pourrait en révéler l'ampleur n'ayant été conduite, ni par la CPS, ni par le Pays. Il semble pourtant qu'à chaque fois qu'un dispositif supplémentaire de soins est mis en place, il est rapidement très sollicité. Le développement observé des offres de soins alternatives ne provoque aucunement en Polynésie française la diminution de l'hospitalisation complète, saturée dans certains services au centre hospitalier de la Polynésie française – CHPF (cf. le § 3.4.3.2).

En cause également le retard dans l'offre de prise en charge dans certains secteurs. L'exemple de la santé mentale est l'illustration de cette situation. Ces dernières années, les moyens dédiés à la psychiatrie par habitant étaient quatre fois inférieurs à ceux déployés en Nouvelle-Calédonie, et six fois inférieurs dans l'Hexagone. Cet écart n'est pas le signe d'une situation meilleure en Polynésie française, mais d'une offre de soins moindre. Le conseil d'administration de la CPS constatait en 2016 que des patients dormaient sur des matelas posés dans les couloirs de l'établissement spécialisé de Tahiti. L'ouverture du pôle de santé mentale, malgré son retard notable, pourrait améliorer la situation.

Il est donc à craindre que faute de moyens adéquats et d'une offre complète, une partie de la population n'est ni diagnostiquée, ni prise en charge à l'heure actuelle. En l'absence d'une couverture médicale étendue à Tahiti et dans les îles, cela revient à un contingentement relatif de l'offre de soins, l'emportant sur une réelle maîtrise des dépenses de santé.

Les comptes des régimes de sociaux sont dès lors confrontés à un effet potentiel de rattrapage de l'offre et donc des coûts. Au regard de ces conditions générales, aucune perspective de contenir les dépenses de santé à court terme, n'est selon la Chambre, réaliste.

La CPS doit aborder cette réalité sans tabou. L'important pour la Caisse est donc d'avoir une connaissance fine des données prédictives, accessibles par le public, pour évaluer dans le détail les besoins actuels et futurs de la population, et d'engager, forts de ces connaissances, un pilotage de la PSG adéquat, coordonné avec le Pays.

1.2 Les données de cadrage et les analyses en matière de prestations sociales

La Cour des comptes dans son rapport de 2010 avait demandé à la CPS de développer avec les ministères concernés des outils d'information sur la démographie des régimes, d'organiser le recueil de données sanitaires, et de se doter des tableaux de bord nécessaires à l'analyse des dépenses de santé afin d'en améliorer le pilotage.

Au regard du poids budgétaire de la prise en charge des assurés en longue maladie, l'assurance maladie fait l'objet d'études le plus souvent ponctuelles. La CPS a ainsi, à partir de demandes extérieures, produit quelques bilans de situation, une en 2018 à l'occasion d'une visite des corps d'inspection IGA – IGF – IGAS, et une autre en 2019, au conseil économique, sociale, environnementale et culture (CESEC) sur le diabète.

La CPS a indiqué qu'elle n'est pas encore dotée d'un dispositif de suivi permanent de l'état sanitaire et social organisé sous la forme d'un observatoire, ou même dans le cadre d'une architecture plus modeste. Son suivi des établissements de soins notamment est parcellaire, le système d'information médicalisée reste à construire (cf. le § 3.4.1.). **Elle dispose de peu de données prédictives à moyen terme, s'empêchant d'anticiper sur les futures dépenses et recettes des régimes sociaux.**

Ce n'est pas faute de disposer de données démographiques et socio-économiques fournies, mais elle considère que la compétence de veille statistique relève plutôt du Pays (direction de la Santé, ARASS, direction des solidarités et de l'égalité, et direction du travail). Néanmoins, sa doctrine semble avoir évolué au cours de la période. La CPS a estimé trop longtemps comme suffisant de répondre à des demandes ou satisfaire à ses propres besoins dans des champs d'étude précis : comptes de la santé, offre de soins, évacuations sanitaires, longues maladies.

Cette pratique a eu pour effet de limiter les méthodes déployées par la Caisse.

Pour l'essentiel, la CPS réalise chaque année une projection budgétaire à n+1, à partir des tendances constatées les trois dernières années en matière de recettes (cotisations sociales selon les masses salariales, les revenus et les effectifs de salariés) et de dépenses en matière de santé et de prestations familiales. Les analyses statistiques qui portent sur les indicateurs macro-économiques (PIB, emploi, masses salariales, et leurs conséquences sur les cotisations) sont ainsi conduites en majorité dans le cadre des travaux budgétaires annuels et sont reprises dans les rapports d'activité annuels.

Par ailleurs, la Caisse effectue chaque année une analyse en matière d'accidents du travail, d'accidents de trajets et de maladies professionnelles pour le compte de la commission de prévention des risques professionnels et santé, concernant les affiliés au régime des salariés. De ce bilan, est proposé un plan d'action qui présente des objectifs annuels notamment en matière de formation et de visites des employeurs. Si le dispositif à propos des prestations assurance maladie en espèce semble adapté en partie (cf. le § 3.3.), il n'en va pas de même concernant les prestations en nature.

La CPS, qui suit les montants versés et les bénéficiaires des prestations action sociale, n'a toutefois pas communiqué à la Chambre dans le cadre de l'instruction un état synthétique du nombre de bénéficiaires par prestation. Elle n'a pas non plus transmis des données pourtant essentielles telles que la répartition des dépenses de santé ou bien le nombre de malades, par pathologie tous régimes. Certains chiffres consolidés apparaissent pourtant dans des rapports d'activité. Cela pourrait être la conséquence d'un éparpillement de l'information dans ses services.

Elle n'est que peu organisée pour produire des données prédictives qui lui permettent d'anticiper les tendances en matière de besoins sociaux au sens de la PSG. Cette approche est en effet récente et parcellaire dans un contexte qui mérite pourtant toute son attention, au vu de tendances préoccupantes qu'elle appréhende et des réponses qu'elle souhaite apporter à sa fragilité financière structurelle.

C'est la retraite qui a d'abord bénéficié d'une approche nouvelle. Des chantiers ont été engagés sur des études actuarielles depuis 2013, avec le recrutement d'un cadre et le recours à un prestataire. L'étude produite le 22 novembre 2018 consistait en une projection des résultats des régimes de retraite de 2018 jusqu'en 2032. Le cadre a quitté la CPS en janvier 2020, sans avoir été remplacé depuis. La Chambre regrette le choix de la Caisse de ne pas se doter de compétences internes en matière d'actuariat. Pour pallier ce déficit de ressources internes, elle fait appel à un consultant extérieur. La désignation du directeur comme référent ne suffit pas à répondre à cet enjeu significatif.

Concernant la maladie, elle n'a pas réalisé d'étude de suivi au long cours, notamment sur les maladies civilisationnelles associées au surpoids. La situation a toutefois évolué récemment dans un sens favorable. En mai 2021, une étude actuarielle santé, conduite par le même consultant qu'en matière de retraites, a été présentée au conseil d'administration. Cette nouvelle démarche n'en est qu'à ses prémices. Les données examinées sont en effet incomplètes, car elles sont issues seulement de ses bases statistiques qui ne correspondent pas à la totalité des dépenses de santé relevées dans sa comptabilité. De surcroît, le périmètre étudié ne recouvre pas la totalité des frais de santé en Polynésie française. Les informations du ministère de la Santé sont manquantes. Le consultant a confirmé sur cet aspect que disposer des données du ministère constitue un point d'amélioration, mais que toutefois, « aucune date prévisionnelle n'est avancée sur ce point qui nécessitera une collaboration active de la direction de la santé ».

En effet, cette approche collective est, selon la Chambre, un point d'attention qu'elle a souligné par ailleurs dans le présent rapport.

Une version plus étendue est attendue en 2022. Cette initiative a été limitée dans sa première version à une projection à 2023, un horizon insuffisant, qui doit être porté à 2029 dans une prochaine version. Les améliorations attendues devraient aider au pilotage par la CPS de l'assurance maladie et par le Pays de la santé publique, s'ils savent en tirer les enseignements correspondants. En matière de gouvernance, le directeur adjoint a été désigné référent.

L'étendue des besoins en matière d'actuariat dont a pris conscience la Caisse confirme la pertinence d'internaliser ce type de compétences.

La direction a précisé, pour justifier d'une professionnalisation accrue de ses démarches de veille statistique, que depuis le début de l'année 2021, un tableau de bord mensuel des principaux indicateurs concourant au suivi budgétaire est élaboré pour information du conseil d'administration du RGS.

La Chambre prend acte de cette avancée tout en notant qu'elle aurait pu être faite avant, mais rappelle qu'il est indispensable pour s'engager dans une modernisation de son approche, de disjoindre le cycle budgétaire annuel des analyses statistiques lorsqu'il s'agit du pilotage qui doit s'inscrire dans un temps plus long.

Au regard du partage des rôles entre la CPS, organisme de gestion, le Pays, qui assure le pilotage des politiques publiques, la définition des règles de droit, et la gestion de structures de soins, ainsi que le centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) qui assure des missions étendues, la Caisse dispose de données qui cumulent l'avantage d'être étendues et de premier ordre, compte tenu du niveau d'affiliation qu'elle enregistre, avec près de 99 % de la population couverte. Une information statistique mieux coordonnée pourrait ainsi être utilisée à bon escient afin de constituer l'outil indispensable attendu, dans l'objectif de constituer une aide à la décision pour la CPS elle-même ainsi que pour le Pays.

Le projet de *datalab* engagé par le Pays en 2020 (ISPF et direction de la modernisation et des réformes de l'administration – DMRA), encore au stade de la réflexion²⁹, bénéficie de la participation de la CPS. Il consiste en un forum d'échanges pour diffuser les bonnes pratiques de collaboration autour de la donnée numérique entre les services spécialistes métier (services du Pays, CPS, opérateurs privés de réseaux publics) et l'ISPF, à la fois généraliste sur les contenus mais expert en traitement de l'information. **Si cette ambition marque une évolution favorable, cela ne sera pas suffisant si la CPS ne prend pas en interne les mesures adéquates pour moderniser le profil de sa base de données (interopérabilité avec celles du Pays et du CHPF, et de l'INSEE), et son évolution vers des passerelles d'accès à des outils de modélisation.**

A cet égard, la direction de la CPS n'a pas été en mesure de communiquer un projet formel de réflexion sur les implications du *datalab* en matière d'organisation interne.

Elle a indiqué que dans le cadre de son nouveau plan d'entreprise 2021-2023, elle prévoit de produire fin 2021 un rapport annuel sur la longue maladie et le diabète, afin de s'inscrire dans une démarche participative à la réforme annoncée par le Pays de la PSG.

Aussi, même si sa culture de travail sur les données évolue positivement, avec le développement d'études régulières notamment par l'usage des techniques actuarielles pour les retraites et la santé, la CPS doit mieux mobiliser ses connaissances pour systématiser l'usage des outils d'analyses prospectives, afin d'installer un outil d'observation permanent.

Ces évolutions attendues doivent s'inscrire dans une perspective de création d'un observatoire PSG partagé avec le Pays, dont le CHPF, et de définition d'une politique de données ouvertes.

Cette politique a pour principe la mise à disposition de données électroniques de façon libre et gratuite. Cette ambition fait particulièrement sens s'agissant d'organismes en charge d'une mission de service public telle que la CPS. A ce titre, la Caisse a indiqué qu'elle s'inscrit dans cette logique depuis longtemps, en investissant dans la qualité et la sécurité de ses données, à partir de référentiels internes. Dans sa feuille de route, elle prévoit de renforcer sa capacité d'analyse et d'exploitation des données.

La Chambre encourage vivement la CPS à formaliser sa politique de gestion et de diffusion des données.

²⁹ Une 1^{ère} réunion informelle entre les possibles partenaires a eu lieu le 25 août 2020, suivi d'un séminaire de lancement le 4 mars 2021.

Compte tenu des observations précédentes, la CPS doit conduire avec le Pays un travail de veille statistique afin de disposer des outils permettant par la suite d'estimer sur moyenne période, les besoins réels (les coûts) et les recettes futures (emplois notamment), afin d'anticiper, à partir de connaissances fiables, la soutenabilité ou pas du système de protection dans sa totalité.

En réponse aux observations provisoires, la directrice du CHPF a indiqué qu'au regard « des enjeux en matière de projection de son activité future, le CHPF confirme son très vif intérêt pour la mise en place d'un observatoire de la PSG et d'une politique de disponibilité et d'ouverture des données. »

1.3 Les responsabilités de la CPS en matière de prévention

Si la CPS est avant tout un organisme en charge de l'encaissement des cotisations et du service des prestations³⁰, le décret n° 57-245 du 24 février 1957 modifié sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et ses textes subséquents ont fixé la répartition des rôles entre le Pays et la CPS :

- la direction de la Santé³¹ doit établir des programmes pluriannuels de prévention approuvés par l'Assemblée de la Polynésie française, définissant les actions, les groupes cibles, les mesures de suivi et d'évaluation ainsi que les financements correspondants³² ; A sa création en 2017, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) avait pour mission de « définir les orientations en matière de prévention³³ », mission supprimée en 2019 par l'arrêté n°741 CM du 16 mai 2019 ;
- la direction des affaires sociales créée en 2007³⁴ avait, en matière de prévention, essentiellement des prérogatives opérationnelles. La direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) qui lui a succédé en 2017 est chargée d'élaborer, animer, coordonner des plans d'action sociale et de prévention, et évaluer leur mise en œuvre³⁵ ;

³⁰ Article 2 des statuts de la CPS – arrêté n°1336 i.t. du 28 septembre 1956.

³¹ Délibération n° 92-97 AT du 1^{er} juin 1992 définissant les missions du service territorial de la santé publique dénommé «Direction de la Santé et l'arrêté n°673 CM du 15 avril 2004 portant organisation de la direction de la Santé.

³² Article 3 de la délibération n°98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé combiné à l'article 6 de l'arrêté n° 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la direction de la Santé.

³³ Article 6 de l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 remplacé par l'article 6 de l'arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

³⁴ Arrêté n°344 CM du 14 mars 2007 portant organisation de la direction des affaires sociales.

³⁵ Arrêté n° 419 CM du 15 mars 2018 portant création et organisation de la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE).

- de son côté, la CPS produit des statistiques en matière d'accident du travail et de maladies professionnelles, s'assure auprès des employeurs de leur respect des règles d'hygiène et de sécurité, fait la promotion auprès des entreprises et de la population des méthodes de prévention, et favorise son enseignement. Pour ce faire, elle octroie des subventions ou des avances³⁶. En 2002, les statuts de la CPS ont été modifiés³⁷ par délibération de l'Assemblée de la Polynésie française pour permettre en particulier la création d'une commission prévention paritaire. Il y est précisé qu'elle a en charge l'étude et l'élaboration de *toutes mesures relatives à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles*.

La direction de la CPS a fait le choix en 2012 de formaliser un projet d'entreprise. Après une période de consultations internes, elle a démarré son plan Te Mata Ora 2014-2016. Parmi les 17 actions prévues, une (objectif 2 de l'axe 1) affichait une ambition certaine en matière de prévention, concernant la santé ainsi que les accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP). Même si la direction de la CPS a indiqué qu'aucun bilan n'a été spécifiquement rédigé à l'issue du projet de Te Mata Ora, elle a communiqué pour les besoins de l'instruction les éléments d'appréciation suivants selon les priorités qu'elle a affichées à partir de 2012 :

- *Définir la politique de prévention que la CPS souhaite développer dans le domaine de la santé pour les trois années à venir*. Un groupe projet avait établi en 2010 un état des lieux détaillé et avait débouché sur le financement de la maison du diabétique en 2012, fermée depuis.
- *Développer le travail de prévention dans les domaines des accidents du travail et des maladies professionnelles*. Le bilan final a été présenté en février 2017. Si des actions comme la formation de coordinateurs en sécurité et protection ont abouti, d'autres initiatives comme la mise en œuvre d'une tarification incitative AT/MP et un site Internet dédié n'ont pas prospéré.
- *Créer un comité décisionnaire sur l'AT/MP en vue notamment de rendre les décisions d'admission sur les dossiers AT complexes et ou sur les demandes en AM dont le taux d'incapacité est supérieur à 40%*. Cette instance a vu le jour en 2014³⁸.

Depuis, la CPS n'a pas formalisé de politique de prévention en tant que telle. Il n'y a pas non plus de ressources internes affectées à la coordination et au suivi de la prévention. Elle a conduit pourtant une série d'actions, qui auraient mérité une gestion d'ensemble. Cette absence de coordination dans le pilotage interne de la prévention a créé des difficultés, comme le remarque le comité de direction (cf. le CODIR élargi du 30 août 2016 : il indiquait que les 25 000 exemplaires du guide du patient n'étaient toujours pas distribués deux années après leur fabrication).

³⁶ Cf. les articles 45 et 46 du décret n° 57-245 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer et au Cameroun.

³⁷ Cf. l'article 1^{er} de la délibération n° 2002-104 APF du 1^{er} août 2002 modifiant l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales de la Polynésie française.

³⁸ Créée par la note de service n°587/13 du 30 janvier 2014 modifiée le 13 juillet 2017.

Par ailleurs, la définition de la stratégie CPS n'a pas bénéficié de consultations auprès des professionnels de la santé et des acteurs du Pays sur son volet prévention, se concentrant sur ses seules ressources internes, certes développées. Elle sait elle-même pourtant que la prévention, pour réussir, doit bénéficier d'une approche transversale et ouverte à l'échelle de la Polynésie française et des acteurs privés.

Sur ce point, la méthode utilisée pour le plan 2021-2023 a évolué quelque peu. Le directeur actuellement en fonction a indiqué que les partenaires de la CPS seront consultés sur deux axes, dématérialisation et qualité de service. Il est nécessaire en effet pour la CPS de définir et d'animer son projet dans le cadre d'une démarche partenariale, qui doit inclure les acteurs institutionnels ainsi que les professionnels de la santé et du champ social.

Le rôle de la CPS en matière de prévention est resté en majeure partie limité au soutien financier d'actions dans le cadre d'appels à projets, ou de sollicitations directes (cf. infra.). Même si elle n'a pas conduit d'évaluation globale sur la réelle valeur ajoutée de ses actions dans ce domaine, cette pratique procède davantage de l'éparpillement des compétences et des ressources financières que d'une réponse formalisée au moyen d'une approche d'ensemble qui a fait défaut.

Au vu de la situation préoccupante de l'assurance maladie et du régime des retraites qui exige sur son cœur de métier un haut niveau d'excellence, la Caisse aurait opportunément avantage à engager une réflexion sur la redéfinition de son cœur de métier, en confiant au Pays les prérogatives en matière de prévention, hormis la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour tenir compte de son rôle important avec le monde du travail.

1.3.1 La prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

La CPS s'est vue confier depuis 1961³⁹ la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles. A ce titre, elle dispose d'outils de prévention qui sont prévus par la réglementation.

1.3.1.1 La modulation de cotisations sociales

La CPS peut moduler à la hausse ou à la baisse le taux des cotisations des employeurs⁴⁰ dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

³⁹ Délibération n° 61-123 du 24 octobre 1961 confiant la couverture des risques définis par le décret modifié du 24 février 1957 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles à la caisse de Compensation des prestations familiales du territoire.

⁴⁰ Arrêté n° 2667 TLS du 9 novembre 1961 fixant le taux des cotisations des employeurs pour la couverture des risques définis par le décret modifié du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, et l'arrêté n° 125 CM du 30 janvier 2008 relatif à l'attribution de réductions de cotisations sociales et à l'imposition de cotisations sociales supplémentaires en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Les réductions, qui sont plafonnées à 25%, sont accordées aux employeurs qui ont démontré avoir pris des mesures susceptibles de diminuer la fréquence et la gravité des risques. Le conseil d'administration de la CPS se prononce à partir du rapport produit par le service de prévention. Sur sa proposition, un arrêté pris en conseil des ministres fixe le montant total des réductions attribuables annuellement sur la base d'un pourcentage du montant total des cotisations sociales versées au titre des accidents du travail par l'ensemble des employeurs au cours de la dernière année connue.

Le taux de réduction a été fixé depuis 2016 et confirmé depuis⁴¹ par le conseil des ministres à 0,4 % du montant total des cotisations sociales versées au titre des accidents du travail par l'ensemble des employeurs au cours de la dernière année connue. Le taux plafond était fixé à 1% auparavant.

A contrario, le conseil d'administration peut majorer le taux de cotisation applicable à un employeur, après avis de sa commission "prévention". La majoration du taux de cotisation en accident du travail est justifiée par la prise en compte des risques exceptionnels présentés par l'exploitation de l'entreprise, révélés notamment par une infraction constatée par un inspecteur ou un contrôleur du travail en application de l'article 40 de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986 modifiée susvisée, ou résultant d'une inobservation des mesures d'hygiène et de prévention relevée après enquête sur place par un agent assermenté du service de prévention des risques professionnels de la Caisse en application de l'article 45 du décret modifié n° 57-245 du 24 février 1957 susvisé.

La direction a indiqué que ces deux dispositifs n'ont jamais été mis en œuvre. Il ne sert à rien de prendre des normes si elles ne sont pas appliquées. A ce titre, les trois demandes adressées par les entreprises en 2009 et en 2011 pour bénéficier d'une minoration n'ont pas abouti, et depuis, la CPS n'a plus été sollicitée.

S'agissant de la possibilité de minoration de taux, la CPS estime que le taux réglementaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres est trop faible.

S'agissant de la majoration de taux, les procédures engagées par la CPS n'ont pas dépassé l'étape des lettres d'injonction. La CPS indique que le dispositif mériterait d'être plus incitatif, une majoration de 25% sur un taux faible du salaire représente un surplus négligeable, situation qu'elle avait actée en commission de prévention du 26 septembre 2013 :

- un taux minimal de 25 % applicable sur une durée de trois mois, dont le montant ne peut pas être inférieur à 90 000 F CFP ;
- création du principe de répétition du risque.

Huit années après ces réflexions, ce projet n'a connu aucun développement.

Il s'agit dès lors, afin de gagner en clarté, soit de supprimer ces dispositions que la CPS estime inadaptées, soit de les réformer. Dans le second cas, il s'agit pour la CPS de prendre ses responsabilités en renouvelant ses propositions auprès de la collectivité de la Polynésie française, compétente pour engager les évolutions réglementaires adéquates.

⁴¹ Arrêté n°2199 CM du 28 décembre 2015.

1.3.1.2 Le fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

La CPS a créé le fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FPAT) en 2006. L'arrêté n°130 CM du 30 janvier 2008 en a précisé le champ d'application, qui est vaste. Les aides financières sont accordées par la CPS aux entreprises qui limitent les risques liés à une situation de travail. Sont éligibles notamment les sessions de formation, les matériels adaptés, les prestations, ou bien des campagnes d'information et de communication. Ce fonds est abondé exclusivement par le RGS.

Le conseil d'administration de la CPS doit élaborer à la fin de chaque année et pour l'année suivante, dans la limite des crédits disponibles qu'il détermine lui-même, les conditions d'affectation, les modalités d'éligibilité et d'octroi des aides pour chacun des dispositifs. Si la Caisse a produit une charte d'éthique, il n'y a pas de grille de sélection qualitative des projets, et de la sorte, tous les dossiers conformes présentés sont éligibles. Les projets sont étudiés par un service de la Caisse, et la décision d'octroi ou de refus est signée par le chef de service. La convention est signée par l'adjoint au chef du contrôle médical.

Tableau n° 3 : Dossiers FPAT

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020
outils plus sûrs:					
dossiers instruits	102	103	112	122	98
dossiers refusés	13	15	11	14	14
montant payé	12 819 695	13 484 389	20 088 577	17 458 986	12 942 407
formation amiante SS4*					
dossiers instruits	2	6	36	9	5
dossiers refusés	0	1	2	1	2
montant payé	225 000	1 117 500	4 270 322	1 042 500	350 410
repérage des matériaux amiantés					
dossiers instruits		1	3	6	1
dossiers refusés		0	0	0	0
montant payé		61 625	359 875	877 870	43 775

* : La réglementation relative à la formation des salariés en SS4 a évolué en juin 2017. Les entreprises, n'ayant pas fait former leur salarié avant la publication du texte, ont désormais l'obligation de faire former leurs salariés par des organismes de formation agréés par le directeur du travail et disposant d'une plate-forme pédagogique avant le 1^{er} juillet 2018.

Source : D'après CPS.

L'octroi des aides est subordonné à la conclusion d'un contrat d'adhésion définissant les engagements pris par l'entreprise bénéficiaire en matière de prévention des accidents du travail.

En outre, sur ce sujet, la Caisse a indiqué que le service de prévention des risques professionnels de la CPS travaille en lien avec l'inspection du travail, la direction du travail et les employeurs. Chaque année, la commission de prévention des risques fixe à l'intérieur d'un cadre annuel un plan d'action à partir d'un bilan.

Il ressort du bilan dressé en 2020 en matière de contrôle que les « moyens humains du service étant limité, il est impératif de concentrer les actions sur des cibles prioritaires ».

L'évaluation ex post se limite à un suivi quantitatif.

En conséquence, la CPS est invitée à rendre ses procédures de sélection plus objectivées, ainsi qu'à développer ses contrôles a posteriori.

1.3.2 Le fonds santé publique

Le principe de la participation de la CPS à des actions de santé publique a été posé par l'article 5 de la délibération n°98-162 du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé. C'est la collectivité qui a demandé à la Caisse en novembre 2015 de créer ce fonds sur le fondement de la délibération⁴².

Le montant et les modalités de contrôle sont déterminées par une convention annuelle entre les régimes et les porteurs de projets soutenus.

Le principe d'un fonds *santé publique* a été arrêté par la CPS en 2015⁴³. Doté de 50 MF CFP en 2016, l'enveloppe a été répartie entre les trois régimes, RGS (23 MF CFP), RSPF (25 MF CFP) et RNS (2 MF CFP). Aucun projet n'a été financé au cours de cette première année, et aucune programmation de crédit n'est intervenue l'année suivante. Un état transmis dans un second temps par la Caisse a indiqué une dépense réalisée, sans programmation, de 6 034 000 F CFP en 2017. Les arrêtés mentionnés ne sont pas visibles sur la base de données Lexpol.

Au stade du rapport provisoire, la Chambre a demandé à la Caisse de produire un état récapitulatif fiable des montants annuels programmés et payés des contrats d'objectifs et moyens (COM) octroyés au Pays et aux deux sociétés commerciales. Les données communiquées qui ne concernent pourtant que huit projets au total, enregistrent cependant des incohérences. De surcroît, M. RAFFIN, ancien directeur, a confirmé le constat de la Chambre sur l'absence de visibilité opérationnelle réelle des COM.

Dans ces conditions, la juridiction est placée dans l'impossibilité de publier les données synthétiques, ce qui est difficilement recevable, d'autant plus que, comme l'a souligné M. RAFFIN, les données concernées existent puisqu'elles sont retracées dans les états comptables. Il est donc demandé à la Caisse de modifier sans délai ses procédures internes de suivi, en particulier celles de son service contrôle médical, en charge des COM.

Aussi, quoi qu'il en soit, l'examen des projets retenus montre par leur diversité, un risque réel de saupoudrage qui peut impliquer une efficacité moindre de l'utilisation des fonds. En outre, les projets déposés par le Pays sont peu ou pas réalisés.

Le suivi conduit en principe par le contrôle médical de la CPS est donc à améliorer.

⁴² Demandes relatives aux orientations budgétaires 2016 du ministre du travail, des solidarités et de la condition féminine adressées aux présidents du CA RGS, au président du CA RNS, et aux administrateurs du CG RSPF en novembre 2015 sur le fondement de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998.

⁴³ Délibération n° 27-2015/CA du 29 octobre 2015 portant création et dotation d'un fonds santé publique pour l'exercice 2016, rendue exécutoire par arrêté n° 2195 CM du 28 décembre 2015.

Tableau n° 4 : État provisoire des montants votés et réalisés au titre du fonds santé publique

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020
montants votés	50 000 000	0	201 000 000		
montants réalisés			287 740	52 900 001	86 029 800

Source : CPS, données au 30.08.21.

Par ailleurs, deux porteurs de projets, Taote Medex et Fenua Medex, qui sont deux sociétés commerciales, ont un statut juridique qui ne correspond pas aux types de bénéficiaires visés par la délibération 98-162 susvisée, qui limite l'accès au dispositif au Pays et à ses établissements publics. La Chambre demande à la CPS de corriger cela en invitant éventuellement ces porteurs de projets à s'adresser à d'autres dispositifs.

En réponse aux observations provisoires, le directeur en fonction a indiqué que la Caisse va entreprendre rapidement une démarche de régularisation. La Chambre prend acte de cet engagement.

Concernant la procédure de sélection, la direction de la CPS a indiqué qu'elle n'est pas formalisée. Il n'y a pas non plus de convention type. Sur cet aspect, la Chambre invite la CPS à rédiger un contrat-type adossé à un règlement de gestion du fonds dans le respect de la délibération n°98-162 du 15 octobre 1998, afin de sécuriser les engagements réciproques des parties. Il sera utile, en lien avec l'observation précédente, de demander à chaque porteur de projet, qu'il produise un relevé des bénéficiaires finaux par régime, afin d'obtenir une clé de répartition fiable entre RGS, RNS et RSPF. Un récapitulatif des aides de toutes nature obtenues et demandées sera utile également.

Depuis la création de l'ARASS, les dossiers de candidature, qui ne sont pas non plus formalisés (absence de formulaire type), sont adressés par le demandeur à ce service du Pays, qui émet un avis. Le dossier est ensuite présenté en commission de santé élargie (CSE) qui rend aussi un avis, soumis par la suite aux instances des régimes (conseils d'administration et comité de gestion), qui vote les crédits. Les projets retenus donnent lieu à un contrat d'objectif et de moyens, rendu exécutoire par un arrêté pris en conseil des ministres. L'ARASS, dorénavant partie prenante à l'instruction, en tant que service du ministère de la Santé, peut être conduite à rendre un avis sur un projet proposé par la direction de la Santé. Ces deux services dépendent hiérarchiquement du ministre de la Santé. Dès lors, les conditions de neutralité peuvent potentiellement ne pas être pleinement réunies. Dans l'attente de confier la prévention publique à la collectivité (projets et financement), la CPS doit améliorer sensiblement la fiabilité de ses procédures et de son suivi, et envisager de s'inscrire dans un cadre pluriannuel.

1.3.3 Le fonds de prévention assurance maladie

La CPS a créé en 2011 le fonds de prévention assurance maladie (FPAM)⁴⁴. 50 MF CFP ont été votés au total fin 2011 par les trois régimes⁴⁵, pour 2012, première année d'exécution. Depuis, le fonds a été reconduit chaque année pour le même montant prévisionnel. Ce fonds entend contribuer à la mise en œuvre de la politique de prévention, améliorer l'état de santé des polynésiens et conduire à une réduction de la dépense de l'assurance maladie, en complément des programmes du Pays. La vocation de ce dispositif est de soutenir des projets qui favorisent l'amélioration de l'alimentation, et qui incitent aux pratiques sportives. L'objectif de réduction de la dépense d'assurance maladie posé à l'époque semble a posteriori trop ambitieux, au vu des tendances observées en matière de santé publique.

Tableau n° 5 : Répartition des dossiers FPAM

exercice	nbre de dossiers présentés	nombre de dossiers rejetés
2016	55	22
2017	30	14
2018	29	13
2019	42	13
2020	7	2
2021	8	3

Source : CPS

Trois catégories de projets sont répertoriées au titre du FPAM : les dossiers au titre du contrat de ville (zone CDV), ceux hors CDV (zone CPS), et les demandes spontanées.

Pour justifier de la formalisation des appels à projets entre 2016 et 2019, la CPS a communiqué les formulaires de demandes qui précisent les modalités et le règlement.

Les conditions dans lesquelles les appels à projet sont conduits appellent à commentaires.

Entre 2016 et 2019, la CPS a lancé chaque année un appel à projets. Les candidats ont en moyenne deux mois pour adresser leur dossier, car le calendrier peut fluctuer. Cet appel à projet ne concerne pas la totalité de l'enveloppe, des projets présentés spontanément bénéficiant d'un fléchage préétabli de l'enveloppe.

Retenir des dossiers hors appels à projet, déposés spontanément à la CPS, conduit à privilégier des porteurs de projets bien informés, et à créer ainsi une rupture d'égal accès au fonds. Ce mécanisme n'est pas acceptable au regard des principes de transparence. L'examen en commission de santé élargie (CSE) et la qualité des projets ne constituent pas des conditions suffisantes permettant de justifier cette démarche singulière.

⁴⁴ Délibération n°45-2018/CA du 9 novembre 2018 de la CPS portant dotation et affectation du FPAM pour l'exercice 2019 a été rendue exécutoire par l'arrêté n°2635 CM du 13 décembre 2018.

⁴⁵ Délibérations n°28-2011/CA du 28 octobre 2011, n°26-2011/CA.RNS du 25 novembre 2011, n°32-2011/CG.RSPF du 24 novembre 2011.

En 2018, la Caisse a ainsi réceptionné 18 dossiers pour la zone CPS (enveloppe prévisionnelle de 8 MF CFP) et 10 dossiers pour la zone communes/contrat de ville (enveloppe de 7 MF CFP). La commission avait créé également deux enveloppes supplémentaires, 10 MF CFP pour les projets d'incitation au sport, et 6,5 MF CFP pour les projets d'amélioration à l'alimentation⁴⁶. Trois dossiers ont été présentés le 29 août 2018 en CSE, et deux ont reçu un avis favorable : CPS challenge (41 % d'aide, soit 10,15 MF CFP), et 4,5 MF CFP pour le fonctionnement de l'association SOS Suicide.

Le projet *CPS challenge* fait partie de ces projets dits spontanés. La Caisse a indiqué qu'il s'agit d'un projet initié par la CPS en partenariat avec l'EURL VOHI concept. Une convention d'avril 2017 a été signée avec la société VOHI PRODUCTION pour une aide de 3 MF CFP par an sur les exercices 2017 et 2018. En complément, la convention du 20 juin 2018 a octroyé à la société VOHI PRODUCTION 3 MF CFP (41 % du total) sur une durée de réalisation du 1^{er} juin au 31 décembre 2018.

Par convention du 13 février 2019, la Caisse s'est engagée à verser 10 140 277 F CFP à la même personne morale (47 % du total) au titre de l'ensemble de l'année.

Le 6 janvier 2020, la Caisse a signé une convention d'une durée d'un an renouvelable deux fois. Les crédits programmés sont de 10 MF CFP par an, réservant donc une part significative de l'enveloppe du FPAM sur cette période.

De surcroît, la collectivité de la Polynésie française a attribué en octobre 2018 sur le fonds prévention de la direction de la Santé, une subvention à l'association VOHI PROD sur le même projet, pour un montant de 2 815 900 F CFP⁴⁷. Cette convention détaille, à raison, la nature des dépenses éligibles. La liste inclut la réalisation de reportage TV et internet. En juillet 2018, l'EURL VOHI PRODUCTION a été destinataire d'une aide du Pays de 2 MF CFP pour la production audiovisuelle d'une série de magazines « Va'a Toa »⁴⁸. En juillet 2019, l'association a bénéficié du même dispositif qu'en octobre 2018 pour un montant d'aide prévisionnel de 2 879 000 F CFP⁴⁹.

Lors de la contradiction, M. VOHI a confirmé le déroulement de la procédure et les montants mobilisés.

Les conventions rédigées par la CPS ne définissent pas la nature des dépenses éligibles, faisant encourir le risque aux financeurs, Caisse et Pays, de doublons de dépenses éligibles sur plusieurs dispositifs.

Plus généralement, par le cumul de projets spontanés et/ou pluriannuels, 45 MF CFP étaient déjà réservés en 2021 sur un total de crédits programmés de 50 MF.

⁴⁶ Page 29 du procès-verbal de la CSE du 16 mai 2018.

⁴⁷ Arrêté n° 2062 CM du 19 octobre 2018 approuvant l'attribution d'une subvention de fonctionnement en faveur de l'Association Vohi Prod pour couvrir ses dépenses de fonctionnement pour l'exercice 2018.

⁴⁸ Arrêté n° 1282 CM du 23 juillet 2018 approuvant l'attribution d'une aide financière en faveur de l'EURL Vohi Production pour la production audiovisuelle d'une série de magazines, intitulée "Va'a Toa".

⁴⁹ Arrêté n° 1372 CM du 25 juillet 2019 approuvant l'attribution d'une subvention fonctionnement en faveur de l'association Vohi Prod pour l'organisation du programme intitulé "CPS Challenge, rame pour ta santé 2019".

L'appel à projets lancé début 2020 n'a pas abouti en raison de la crise sanitaire et de l'indisponibilité de certains agents dans le service instructeur. La CPS a reçu néanmoins quelques dossiers qui ont été soumis à la commission de santé élargie, qui en a retenu deux. En 2021, il n'y a pas eu non plus d'appel à projets, alors que trois dossiers ont été sélectionnés et financés. La survenue de la pandémie ne peut pas justifier pleinement cette absence de publicité au moyen d'appels à projets.

Par ailleurs, la CPS a indiqué ne pas conduire d'évaluation d'ensemble des projets. Cependant, le versement du solde du financement se fait après réception des justificatifs de réalisation : bilan moral, bilan financier, et récapitulatif des dépenses. Cette méthode, si elle a le mérite d'exister, n'est pas suffisante.

Face à ces constats, la Chambre invite la CPS à effectuer un suivi global de son programme de soutien à la prévention, à systématiser les appels à projets dans un cadre pluriannuel en arrêtant la pratique des « projets spontanés », et à sécuriser ses conventions d'attributions ; jusqu'au moment où une réforme permette à la collectivité, si elle le souhaite et ainsi que le préconise la juridiction, d'assumer cette compétence pleinement.

Compte tenu de ce qui précède, et des observations infra qui vont dans le même sens concernant notamment les contrats d'objectifs (§ 3.4.2.2.) et la gestion des fonds d'action sociale (§ 5.2. et 5.3.), la Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°1 : Dès 2022, professionnaliser l'attribution, la gestion et le suivi internes de toutes les dotations versées.

1.3.4 L'articulation avec le schéma de prévention et de promotion de la santé

La direction de la Santé a rédigé en 2017 son schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022, en réponse à l'axe 4 « réinvestir la prévention et la promotion de la santé » du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française (cf. le § 3.1.). Cet axe comprend trois orientations :

- faire de la lutte contre le surpoids une priorité ;
- rationaliser l'organisation de la prévention ;
- adopter une approche polynésienne de la prévention.

Le budget prévention de la direction de la Santé était de 120 MF CFP en 2017. Elle estimait en 2018 le coût total de mise en œuvre du schéma de prévention à 5 Mrds F CFP⁵⁰.

Les groupes de travail mis en place par le Pays n'ont pas inclus les partenaires extérieurs comme la CPS, mais le schéma a repris les axes de travail définis au cours des assises de la PSG du 23 février 2017, au cours desquelles la CPS a participé à l'atelier prévention. Ce schéma a été présenté en commission de santé élargie (CSE) le 15 mars 2018.

⁵⁰ Page 8 du procès-verbal de la CSE du 15 mars 2018.

Dans ce schéma, la CPS apparaît à plusieurs reprises : aménagement des territoires, promotion des activités physiques adaptées (APA), et nouveaux outils de formation des professionnels de santé. A contrario, elle n'est pas citée dans un champ pour lequel elle exerce pourtant des responsabilités significatives, celui de la santé au travail. Cela démontre l'insuffisance du partenariat entre la CPS et le Pays conduit en amont.

La direction de la CPS a d'ailleurs indiqué avoir sollicité fin 2021 le ministère de la Santé pour l'organisation d'une réunion de travail sur la politique de santé, dont la prévention. Le caractère transversal de la politique de prévention oblige à une coopération de tous les instants entre les acteurs de la santé en Polynésie française. Ce préalable ne semble pas avoir été satisfait.

1.4 La tutelle du Pays

1.4.1 Le cadre réglementaire

Le cadre réglementaire qui définit en particulier l'organisation et le fonctionnement de la CPS, ainsi que les régimes de protection sociale est de la compétence du Pays.

Depuis 1956, date de sa création, le droit a été largement remanié et étoffé, sans pour autant, dans son organisation, avoir bénéficié de travaux de modernisation.

La collectivité, malgré l'ancienneté de ses responsabilités en la matière, n'a jamais engagé le chantier de codifier son droit social et de la santé. Cette compétence ancienne appartient pourtant explicitement au conseil des ministres⁵¹ dans les statuts d'autonomie successifs. La mise en place de la PSG en 1995 aurait dû constituer une opportunité, qui n'a pas été saisie, ajoutant depuis à la difficulté de l'ouvrage, l'accumulation de textes nouveaux.

La CPS se trouve ainsi confrontée quotidiennement à un ensemble complexe et épars de dispositions, rendant en l'état le droit applicable peu lisible, voire opaque. Cet empilement sédimenté par le temps constitue un frein à l'efficacité de la CPS et de la tutelle, au surplus source d'insécurité juridique. **Les services de la Caisse en charge de la gestion des prestations doivent, en effet, interpréter la norme, source d'erreurs.** Cela est particulièrement grave lorsqu'il s'agit de décisions de suspensions de droits. De surcroît, la complexité constatée de la réglementation est contraire au principe d'accès au droit par tous. Dans des domaines comme la santé et les prestations sociales, cette carence est particulièrement pénalisante pour la population.

⁵¹ Cf. le 16° de l'article 90 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004, qui a repris le 12° du précédent statut défini par la loi organique n°96-312 du 12 avril 1996, issu de l'article 39 du statut de 1984 défini par la loi n°84-420 du 6 septembre 1984, et relevé auparavant à l'article 21 § v, dans le statut de 1977 défini par la loi n°77-772 relative à l'organisation de la Polynésie française.

Les conditions juridiques de la création de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) en 2017 illustrent cette situation très dégradée. L'arrêté portant création de ce service du Pays a nécessité en effet de modifier tout ou partie de :

- deux décrets de 1955 et 1957 ;
- cinq lois du Pays ;
- 21 délibérations de l'Assemblée de la Polynésie française prises depuis 1974 ;
- 26 arrêtés pris en conseil des ministres.

Dans ces conditions, faute de codification, la CPS n'a pas eu d'autre choix que de rédiger et assembler elle-même trois recueils des textes, un par régime (salariés, non-salariés, et solidarité). Il s'agit d'une compilation des textes relatifs à la PSG, en y incorporant des réglementations en matière de santé publique et du droit du travail, les trois ensembles étant liés. La Caisse a indiqué que ce sont des documents de travail internes qui parfois sont communiqués à la demande du Pays. La Chambre rappelle que la collectivité est autorité réglementaire, et qu'il est anormal qu'elle se trouve dans la nécessité de solliciter l'organisme de gestion pour avoir une vue d'ensemble sur un point de droit réglementaire, et ne tire pas les conséquences de cette relation inversée. Le premier document structuré a été édité par la Caisse en 1983. Depuis, plusieurs éditions se sont succédées avec un intervalle de temps de deux à quatre ans, afin d'intégrer autant que possible les modifications réglementaires engagées par le Pays. L'édition actuelle date du mois d'avril 2019 et comprend 860 pages pour le recueil du régime des salariés - RGS, 162 pages pour le régime des non-salariés - RNS et 245 pages pour le régime de solidarité - RSPF. Cette initiative de la CPS n'est qu'un pis-aller.

Même si le droit actuel est flou, la Caisse a établi un bilan des réglementations manquantes du Pays dans le cadre de l'instruction. Ces manques concernent l'ensemble des prestations sur des aspects tels que les conditions d'affiliation, les règles financières et comptables, les accidents du travail, l'assurance maladie et la retraite.

La CPS, en dépit de ces conditions dégradées auxquelles elle est confrontée, et du constat qu'elle dresse en la matière (cf. notamment le bilan de son plan d'entreprise 2021-2023) n'a pourtant pas adressé de demande formelle au Pays de codifier son droit.

L'ARASS, mise en place en 2018, est un service du Pays doté d'une compétence générale en matière de réglementation dans les secteurs sanitaire et social. Les modalités de son intervention ont été formalisées par la circulaire n°610-MSS du 6 avril 2018. Elle est ainsi chargée de rédiger les textes qui étaient précédemment élaborés par la direction de la Santé, la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, et par la CPS.

La CPS peut dès lors saisir l'ARASS sous couvert du ministre de la Santé, pour proposer ponctuellement un nouveau texte ou une modification d'une réglementation existante, ce qu'elle a fait, notamment en matière de longue maladie et de recours contre tiers. Au-delà de ces initiatives, la CPS a indiqué que son service juridique travaille en bonnes relations avec l'ARASS lorsqu'il s'agit de préparer des textes réglementaires qui la concernent.

La Chambre invite néanmoins la CPS à davantage formaliser ses saisines du Pays, et d'en assurer un meilleur suivi. La Caisse doit s'organiser, aussi bien dans ses services qu'au niveau des instances dirigeantes, pour assumer pleinement son rôle de force de proposition, afin que sa technicité participe à la modernisation de la politique sociale au sens de la PSG.

La Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°2 : Adresser dès 2022 à la collectivité de la Polynésie française une demande formelle afin de codifier le droit de la santé et le droit social.

1.4.2 Les instances dirigeantes

1.4.2.1 Une gouvernance complexe

La création de la CPS repose historiquement sur la prise en charge collective des risques des salariés résidents en Polynésie française⁵². C'est la raison pour laquelle le conseil d'administration en charge du régime général des salariés (RGS) assure aussi la gestion de l'organisme (personnel, investissements, frais courants...). Les délibérations font l'objet d'une numérotation différenciée selon qu'il s'agit de l'administration de la Caisse ou bien de la gestion du régime des salariés. S'agissant des affaires internes, l'un des aspects les plus importants est la convention d'entreprise qui détermine le régime du personnel de la Caisse, qui fait l'objet d'examen de la part de la commission de révision de la convention, émanation du conseil d'administration.

Le principe de primauté du RGS (cf. le § 2.2.) sur les deux autres régimes ne justifie pas cette organisation. Cette lacune, connue de la CPS, n'a pas fait l'objet d'une demande de clarification du droit de sa part auprès du Pays.

La création du régime des non-salariés et du régime de solidarité a été accompagnée de la mise en place d'instances différenciées, le conseil d'administration du RNS et le comité de gestion du RSPF. La CPS est ainsi dotée de trois instances dirigeantes, dont la première est duale. Chaque décision qui est concernée par les trois régimes fait donc l'objet de trois délibérations, à partir d'une réglementation différenciée. Cette complexité se manifeste d'ailleurs par la mise en place de 13 commissions au sein de la Caisse.

La gouvernance des régimes s'en trouve peu lisible. Ce constat est partagé par la CPS (cf. le bilan du plan d'entreprise 2021-2023). Sans émettre d'appréciation sur les réformes annoncées de gouvernance qui relèvent de l'ensemble des acteurs sociaux, il est cependant nécessaire de faire évoluer ce qui constitue une source potentielle de complexité.

⁵² Cf. l'article 23 de l'arrêté n° 1335 i.t. du 28 septembre 1956 modifié instituant un régime de prestations familiales en faveur des travailleurs salariés, combiné à l'article 9 de l'arrêté n°1336 IT du 28 septembre 1956.

1.4.2.2 Les rôles de la collectivité de la Polynésie française

Le Pays a mis en place plusieurs mécanismes qui lui confèrent un rôle de surveillance et d'autorité décisionnelle in fine sur les aspects les plus importants.

En premier lieu, les 28 membres du conseil d'administration (du RGS) sont désignés par un arrêté pris en conseil des ministres. Les administrateurs bénéficient d'un mandat de deux ans, et renouvelable sans limitation⁵³. Les membres du CA du RNS⁵⁴ ont un mandat organisé dans des conditions identiques. En revanche, les conditions de nomination des membres du comité de gestion du RSPF ne sont pas précisées par les textes⁵⁵.

En deuxième lieu, le principe de la parité entre les représentants des employeurs et des salariés prévaut au sein du CA du RGS. Ainsi, cette assemblée est composée de quatorze représentants des organisations professionnelles de salariés les plus représentatives, et de quatorze représentants des employeurs à raison de :

- dix représentants des organisations professionnelles d'employeurs les plus représentatives ;
- un représentant de la Polynésie française désigné par l'Assemblée de la Polynésie française – APF en son sein ;
- deux représentants de la Polynésie française désignés par arrêté pris en conseil des ministres ;
- un représentant des maires désigné par le syndicat pour la promotion des communes - S.P.C. PF.

La Polynésie française est ainsi présente en tant qu'employeur, un choix qualifié par la juridiction d'inadéquat puisqu'il ne correspond pas à son rôle institutionnel fixé par la loi organique n°2004-192 portant autonomie de la Polynésie française. Cela d'ailleurs n'a pas toujours été le cas. Le Pays siégeait en tant que tel, aux côtés du collège des salariés et celui des employeurs lors de sa création en 1956 jusqu'en décembre 1993⁵⁶.

En outre, au sein du CA du RNS, composé de 18 membres, six d'entre eux représentent la Polynésie française. Celle-ci est aussi présente en tant que telle au comité de gestion du RSPF, avec la présence de quatre délégués, dont le ministre chargé de la solidarité, président du comité de gestion, et le ministre chargé de la Santé ou son représentant.

⁵³ Arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales « de la Polynésie française.

⁵⁴ Délibération n° 94-19 AT du 10 mars 1994 portant institution du conseil d'administration du régime des non-salariés modifiée par la délibération n° 2000-108 APF du 28 septembre 2000.

⁵⁵ Délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 modifiée portant institution du comité de gestion du régime de solidarité de la Polynésie française.

⁵⁶ Délibération n°93-154 AT du 3 décembre 1993.

En troisième lieu, le déroulé des réunions des instances et la portée des décisions qu'elles votent sont encadrées par la collectivité. L'ordre du jour des séances est arrêté par le président de chaque régime, sur proposition du directeur mais après avis du ministre chargé de la protection sociale, qui peut y inscrire d'office une question. Le Pays valide et rend exécutoire a posteriori les décisions à portées budgétaire et financière que les deux CA et le comité de gestion sont amenés à prendre. Ainsi, ces instances se prononcent obligatoirement sur⁵⁷ :

- le budget annuel de la Caisse et les actes modificatifs du budget (les trois régimes) ;
- les affaires ayant une incidence ou un caractère réglementaire (les trois régimes) ;
- les achats, ventes et échanges d'immeubles (RGS et RNS). Le comité de gestion du RSPF n'est pas doté, à la différence des deux autres régimes, de la personnalité morale et de l'autonomie financière ;
- l'acceptation des dons et des legs (les trois régimes).

La situation actuelle du comité de gestion du RSPF⁵⁸ soulève une difficulté. En effet, le vote du budget annuel et la possibilité d'accepter des dons et legs, pour en assurer une sécurité juridique améliorée, nécessiterait de modifier le dispositif, en lui conférant une existence juridique comme les deux CA de la CPS, RGS et RNS. Il s'agirait de le doter d'une personnalité morale avec autonomie financière, ou bien le considérer comme une instance émanant du ministère des solidarités en la dotant seulement de l'autonomie financière.

Ces corrections en régularité ne valent que si le maintien de trois instances est confirmé lors des réformes en cours ou à venir.

En ce qui concerne le rendu exécutoire, les délibérations des trois organes concernés sont transmises au Pays. S'agissant du CA du RGS, celles-ci étaient d'abord communiquées à la délégation générale à la protection sociale⁵⁹ (DGPS). Cette instance, composée dans les faits d'un seul agent, avait pour objet le contrôle des régimes sociaux et de la CPS (cf. infra.), en examinant la conformité des délibérations. Il transmettait ensuite son avis au ministre des affaires sociales qui en avait la tutelle, pour présentation au conseil des ministres. La DGPS, supprimée en 2017, a vu ses attributions reprises par l'ARASS⁶⁰. En 2017, le ministre des solidarités et de la santé assurait l'autorité hiérarchique de l'agence. En 2018, lorsque le gouvernement a connu un remaniement, et que le ministre de la santé a perdu ses prérogatives en matière de solidarités, cette autorité a été confirmée, en conservant la protection sociale généralisée⁶¹. Ce n'est plus le cas depuis le 17 septembre 2020, lorsque le ministre des finances et de l'économie a reçu comme attribution supplémentaire la protection sociale généralisée⁶².

⁵⁷ L'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales de la Polynésie française.

⁵⁸ Délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 portant institution du comité de gestion du régime de solidarité territorial.

⁵⁹ Délibération n°99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent, et l'arrêté n°567 CM du 16 avril 1999 fixant les missions, les attributions et l'organisation de la DGPS.

⁶⁰ Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), remplacé par l'arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

⁶¹ Arrêté n°650 PR du 23 mai 2018 portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement et déterminant leurs fonctions.

⁶² Arrêté n°715 PR du 17 septembre 2020 portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement et déterminant leurs fonctions.

Les délibérations du CA du RNS de même nature sont adressées au chef de service de l'inspection du travail ou à son représentant, qui les contresigne et en assure la transmission, au ministre de tutelle, pour saisine du conseil des ministres.

C'est le chef de service des affaires sociales ou son représentant qui est destinataire des délibérations du comité de gestion du RSPF, avant de les transmettre à son ministre de tutelle, également président du comité de gestion. Ainsi ces délibérations prises sous la présidence du ministre des solidarités sont contrôlées par la suite par l'administration dont il a la charge.

Les délibérations budgétaires et financières frappées d'opposition en conseil des ministres sont soumises à nouveau aux assemblées de la CPS. Si celles-ci maintiennent leur précédente délibération, le conseil des ministres statue définitivement. Ce cas de figure se produit rarement : quatre délibérations ont été identifiées entre 2017 et 2019 inclus.

Les autres décisions de la CPS qui ont valeur de vœux ou avis, sont transmises pour information au conseil des ministres.

En quatrième lieu, les instances de gouvernance comme vu précédemment votent chacune un budget annuel. Leurs marges de manœuvre sont étroites en la matière. D'abord, parce que les ressources des trois régimes ne sont pas constituées que des cotisations des employeurs et des salariés. Le RGS et le RNS sont aidés de dotations du Pays pour assurer l'équilibre de leurs budgets. Par nature, le budget du RSPF est financé pour l'essentiel par le Pays. Les arbitrages budgétaires sont ainsi partagés entre la CPS et par le gouvernement.

Les instances, à l'occasion des délibérations portant vote du budget prévisionnel, ont formulé parfois des propositions de modifications des paramètres (taux et plafonds de cotisation). Cette pratique ne suffit pas de considérer la CPS dans un rôle complet de proposition auprès du Pays. Les délibérations budgétaires gagneraient à être accompagnées d'une note technique de présentation accompagnée de simulations pluriannuelles.

1.4.2.3 Les orientations budgétaires formulées par le Pays

Les deux conseils d'administration RGS et RNS et le comité de gestion du RSPF sont destinataires chaque année d'une note d'orientation budgétaire de la part du ou des ministères de tutelle en fonction de la répartition des portefeuilles au sein du gouvernement. Les modalités de communication ont évolué depuis 2016. En début de période, chacun des trois organes a reçu un courrier séparément. Fin 2015, les orientations pour 2016 ont ainsi été formulées dans trois courriers distincts par le ministre en charge du travail et de la solidarité. A la faveur d'un remaniement ministériel, les orientations pour 2017 ont été partagées par le ministre du travail et de la solidarité et par le ministre de la santé. En 2017, c'est le ministre de la santé et de la solidarité, en charge de la PSG qui a adressé les trois notes d'orientation distinctes relatives à l'exercice 2018. Il a adressé un courrier unique à chaque instance pour 2019. L'année suivante, le courrier formulé par le ministre de la santé et de la solidarité a été accompagné d'un avis du nouveau comité d'orientation des retraites (COSR), saisi sur deux projets d'arrêté du conseil des ministres. Les orientations 2020 ont été formulées par ministre en charge de la PSG.

Les orientations budgétaires détaillées du Pays sont exprimées en particulier sous la forme de taux cibles en dépenses et en recettes. La formulation de ces taux cibles peut interroger (cf. notamment le taux cible de la DGF des établissements de soin, au § 3.4.). Ces orientations sont par ailleurs silencieuses sur le niveau des réserves en matière de retraite du RGS alors même qu'elles restent bien en deçà du seuil que le Pays a fixées dans sa réglementation (cf. le § 2.4.3.).

Ces orientations peuvent aussi inclure des mesures techniques à prendre par la CPS. Ces éléments font l'objet de la part de la CPS d'une attention particulière au moment de chaque préparation budgétaire, mais il manque un bilan de réalisation d'ensemble communiqué en séance qui indiquerait les écarts entre les taux cibles et les taux réalisés. De surcroît, une présentation sous un format pluriannuel permettrait une mise en perspective utile pour les administrateurs et pour l'ensemble des personnels.

En outre, depuis sa création l'ARASS est dotée de prérogatives financières. D'une part, l'agence « établit les enveloppes de l'assurance maladie des régimes de protection sociale et exerce le contrôle des régimes de protection sociale » et de la CPS⁶³. D'autre part, elle « s'assure du financement des programmes d'action sanitaire, sociale, médico-sociale et de protection sociale, élaborés par les services ad hoc. Ces programmes sont soumis au contrôle de conformité réalisé par le bureau en charge de la planification, avant leur validation ministérielle ». La CPS a indiqué en complément que les demandes formulées par les établissements de soins et par les professionnels de santé, qu'elle recueillait auparavant et discutait notamment au sein de sa commission de santé élargie (CSE), sont d'abord traitées par l'ARASS. Les impacts financiers des négociations tarifaires entraînent dans les enveloppes budgétaires fixées par le conseil d'administration de la CPS, alors que depuis, la CPS estime qu'ils s'imposent aux régimes sociaux, à eux d'identifier les recettes correspondantes.

1.4.2.4 Les vœux formulés par les instances

Les instances (CA du RGS et CA du RNS) sont amenées lorsqu'elles l'estiment nécessaires à émettre des propositions qu'elles adressent au gouvernement. Celles-ci font l'objet d'une formalisation sous la forme d'une délibération ad hoc. A titre d'illustration, « Le conseil d'administration émet le vœu que la Polynésie française prenne en charge le déficit cumulé de l'allocation complémentaire retraite (ACR) de moins de 15 ans. (...) demande au ministère (...) de donner suite à la présente délibération »

Certains concernent des aspects sensibles comme l'architecture des recettes (les cotisations patronales et salariales) de la PSG.

Ainsi, le 27 octobre 2017, le CA du RGS a émis le vœu que la Polynésie française crée une cotisation exceptionnelle et temporaire des employeurs à la branche assurance maladie du régime des Salariés de 0,75 % visant à l'apurement du déficit cumulé de 4,7 Mrds F CFP (hors FADES) constaté au 31 décembre 2017 de ladite branche, en contrepartie d'une diminution du taux de cotisations des prestations familiales à due concurrence, de - 0.8 point. Ce vœu a été suivi d'effet, par l'adoption d'une loi du Pays (cf. le § 2.4.2.2.).

Le souhait que le Pays adopte un alignement du taux de cotisations du « contrat d'accès à l'emploi » (CAE) sur celui de la branche Assurance maladie du régime des Salariés, passant ainsi le taux de cotisations de 3 % à 16,29 %, a débouché en partie. Le taux de 3 % a été porté à 6 % depuis le 1^{er} janvier 2018.

Si en 2016, les instances n'ont pas émis de vœu, elles ont adressé au gouvernement entre 2017 et 2020 un ensemble de 15 propositions. La direction n'a pas été en mesure de justifier de la formalisation du suivi de ces demandes. Elle gagnerait à tenir un tableau de suivi, pour le présenter régulièrement aux instances, afin qu'elles disposent d'une information adéquate.

⁶³ Cf. le 3^o de l'article 6 de l'arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017.

En outre, la CPS a indiqué conduire un travail d'analyses lui permettant d'identifier des mesures d'économie sur le coût des prestations. Elle a justifié de ce travail par la communication de documents budgétaires précis qui sont présentés chaque année en conseil d'administration.

Pour autant, elle n'a pas été en mesure d'identifier celles qui avaient été retenues par le Pays ou pas, ainsi que les économies ou les surcoûts engendrés.

La CPS, dès lors, doit veiller à assurer une veille des réformes qu'elle propose elle-même.

1.4.2.5 La CPS, créatrice de prestations sociales

Le CA est allé plus loin que la formulation de vœux, en créant lui-même des prestations, l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 lui offrant cette faculté.

La direction a indiqué qu'elle octroie huit prestations fixées par ses seules délibérations. Les délibérations ont fait l'objet d'un rendu exécutoire par le conseil des ministres.

Le transfert de la compétence action sociale au Pays, que la Chambre suggère par ailleurs (cf. le § 5.3.), permettrait à la collectivité d'être la seule autorité créatrice de dispositifs sociaux.

Le budget prévisionnel au titre de l'exercice 2021 concernant ces dispositifs a atteint 2,169 Mrds F CFP.

Tableau n° 6 : Prestations créées par les instances de la CPS

PRESTATION	REFERENCE	COUT
Complément Familial	délibération 138/82 du 01 novembre 1982 instituant le Complément Familial délibération n° 19-2007/CPS du 06 novembre 2007, délibération n° 19-2016/CPS du 15 mai 2016	Dotation budgétaire votée pour 2021 de 770 M F FCP pour environ 22 000 bénéficiaires estimés
Participation aux frais de cantine scolaire	délibération 125/86 du 17 décembre 1986 délibération n° 45-2012/CPS du 26 octobre 2012	Dotation budgétaire votée pour 2021 de 470 M F FCP pour environ 36 000 bénéficiaires estimés
Allocation de rentrée scolaire	délibération 110/85 du 16 octobre 1985 instituant l'Allocation de Rentrée Scolaire délibération n° 24-1999/CPS du 27 août 1999, délibération n° 31-2010/CPS du 02 novembre 2010, délibération 13-2018/CPS du 14 juin 2018 et 10-2021/CPS du 25 juin 2021 choix de l'assureur GAN	Dotation budgétaire votée pour 2021 de 222 M F FCP pour environ 22 000 bénéficiaires estimés
Participation aux colonies de vacances et au programme de loisirs éducatif en internat	délibérations 48/2002 et 49/2002 du 29 novembre 2002 délibération n° 13-2004/CPS du 02 juillet 2004, délibération 14-2006/CPS du 30 octobre 2006 délibération 25-2008/CPS du 11 décembre 2008, délibération n° 13-2009/CPS du 16 juin 2009	Dotation budgétaire votée pour 2021 de 70 M F FCP pour les colonies de vacances environ 2 000 bénéficiaires estimés et 5 MF au titre du programme de loisirs éducatif en internat
Aides aux petits déjeuners	Dispositif intégré au programme du Fond d'action sanitaire et social du Régime Salarié de 2020 adopté par délibération 12-2019/CA su 07 novembre 2019	Dotation budgétaire votée pour 2021 de 200 M F FCP pour environ 36 000 bénéficiaires estimés
Aides en faveur de la famille et des enfants	délibération 33-2015/CPS du 28 octobre 2015, délibération 27-2019/CPS du 08 novembre 2019 délibération 11-2020 CA du 05 novembre 2020	Dotation votée en 2021 de 235 MF CFP
Aides en faveur des personnes âgées vulnérables	délibération 33-2015/CPS du 28 octobre 2015 délibération 27-2019/CPS du 08 novembre 2019 délibération 45-2020 CA du 05 novembre 2021	Dotation votée en 2021 de 179,5 MF CFP
Secours exceptionnel au conjoint survivant	délibération n° 20-2013/CPS du 07 novembre 2013	En 2012, sur une base de 30 dossiers par an, avec un coût mensuel moyen de 50 000FCFP (base 2009-2010) cela représente un coût annuel estimé de 18 MF CFP.

Source : D'après CPS.

1.4.3 La direction de la CPS

Le chef du gouvernement nomme par arrêté le directeur de la CPS après avis du conseil des ministres⁶⁴. Ses prérogatives sont étendues : préparation et exécution des délibérations du CA, et ordonnateur des budgets de tous les régimes. Dans le cadre de ses responsabilités en matière de gestion, le personnel est placé sous son autorité. Par délégation des présidents des CA RGS et RNS et du comité de gestion, ils représentent la Caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile⁶⁵.

En revanche, le contrôle et le règlement des dépenses et l'encaissement des recettes de la Caisse et de ses régimes sont du ressort de l'agent comptable de la Caisse, nommé selon la même procédure que le directeur⁶⁶.

Le gouvernement a formulé des lettres de mission qu'il a adressées aux directeurs successifs. Les trois directeurs généraux concernés au cours de la période sous revue ont ainsi reçu chacun une lettre du ministre en charge de la PSG, ou bien en 2017 de la part du président.

La lettre formulée par le ministre de la Santé et de la PSG intitulée « lettre de mission pour l'année 2014 » demande au directeur général, outre des mesures d'économies internes, un ensemble précis de travaux :

- Produire un bilan du dispositif conventionnel de l'année 2013, en s'appuyant sur l'article 2 de la délibération n°98-162 APF du 15 octobre 1998, qui rend obligatoire la production annuelle de cette formalité. Ce document est présenté par le gouvernement à l'APF lors de la session budgétaire ;
- Redresser les comptes sociaux :
 - une étude sur l'intérêt d'instaurer une gestion par branche dans le cadre d'un régime unique regroupant RGS, RNS et RSPF ;
 - Des propositions de pistes de financements complémentaires ;
 - Une simulation de taux de cotisations qui génèrerait un déflafonnement de l'assiette des branches AM et AT, accompagnée de propositions afin de limiter l'évasion de ressortissants du RNS vers les autres régimes ;
 - Une proposition de réforme structurelle pour redresser le système des retraites, avec un objectif d'équilibre en 2030 ; un rendu-compte sur les projets de souscription d'un nouvel emprunt adossé au FADES et de cessions d'actifs ; et des études actuarielles sur la tranche B pour identifier des pistes de réforme structurelle afin de garantir la viabilité du système à horizon 2030 ;
- Communiquer à la direction de la Santé tous les indicateurs nécessaires au pilotage du système de santé et son évaluation.

⁶⁴ Article 23, dernier alinéa, de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés du territoire des Etablissements français de l'Océanie.

⁶⁵ Au titre du CA du RGS (Décision n° 478 TLS du 28 juin 1978, art. 1^{er} modifiant l'arrêté n°1336 IT du 28 septembre 1956), au titre du CA du RNS (article 3 de la délibération n°94-19 AT du 10 mars 1994), et au titre du CG du RSPF (article 3 de la délibération n°94-20 du 10 mars 1994).

⁶⁶ Article 23, dernier alinéa, de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés du territoire des Etablissements français de l'Océanie.

Ces demandes ont fait l'objet d'un bilan formalisé adressé par le directeur concerné au ministre de tutelle le 17 avril 2017.

C'est le président du gouvernement qui a formulé une lettre de mission en avril 2017 à l'occasion de la prise de fonction d'un nouveau directeur. Il lui est demandé de poursuivre le plan d'entreprise initié en 2012, et de s'engager dans le cadre d'une « convention d'objectifs et de gestion » - COG en vue d'améliorer la performance de l'organisation et d'offrir un service de qualité aux usagers. Six sous-objectifs avaient été identifiés : productivité (contrôle de gestion et comptabilité analytique), contrôle et lutte contre les fraudes aux cotisations, aux prestations et à la constitution des droits, dématérialisation, pilotage du réseau, accessibilité du service et délais de traitement. Il s'agit aussi de soutenir le projet de transfert de l'activité d'instruction des demandes d'admission au régime de solidarité.

La lettre demandait également la transmission régulière d'indicateurs pertinents, ainsi qu'un point de situation vers avril 2018. La direction actuelle n'a pas été en mesure de communiquer ces éléments de suivi.

Enfin, le ministre en fonction en décembre 2020 en charge de la PSG, ancien directeur de la CPS, a formulé une lettre de mission 2021-2022, dans laquelle est rappelé l'impact de la crise sanitaire qui a confirmé selon lui la « vulnérabilité » de la PSG. Un effort de productivité est demandé, appuyé par un calendrier de dialogue de gestion pour 2021 et des modalités de reporting à arrêter. Comme précédemment, cet effort de productivité doit être accompagné d'actions sur les délais de traitement et de lutte contre les fraudes. La qualité de service devra reposer sur un schéma prévisionnel de dématérialisation, une démarche qualité qui inclut la mesure de la satisfaction des usagers et la simplification du parcours client.

Le directeur actuel a indiqué que le suivi de la lettre de mission a été intégré dans le plan d'entreprise 2021-2023 au travers d'objectifs et d'indicateurs dédiés. Ce plan a été validé en conseil d'administration le 15 septembre 2021.

Il a justifié la durée triennale du plan d'entreprise qu'il a élaboré par un besoin de « cibler au mieux les priorités, une articulation du planning avec les travaux de réforme de la PSG, une approche itérative et agile permettant les ajustements et compléments du plan au fil de l'eau »⁶⁷.

La Chambre ne partage pas le parti pris d'un calendrier de trois ans, qu'elle estime bien trop court. En effet, malgré le volontarisme affiché, l'examen du contenu du plan indique que la réalisation des actions nécessitera des délais supérieurs compte tenu de leur complexité. Ce calendrier dépend d'ailleurs de réformes règlementaires du Pays, qui pourront prendre aussi du temps. L'ajustement des mesures envisagé, à raison, n'est pas en contradiction avec une durée plus longue.

Le 15 octobre 2021, le ministre de tutelle a formulé de nouvelles orientations budgétaires au titre de l'exercice 2022, pour tenir compte du « choc sanitaire et économique sans précédent ». A défaut de « reconstruire le modèle économique et financier », il estime le déficit des comptes sociaux en 2020 à 7 Mrds F CFP. Il annonce d'ailleurs avoir lancé un « chantier d'envergure qui a pour ambition de refonder en profondeur notre système de protection sociale » sans toutefois en préciser l'horizon.

⁶⁷ Page 3 du plan d'entreprise 2021-2023.

Est réaffirmée, comme en 2021, la nécessité de renforcer les contrôles des fraudes et des abus. Par la suite, la note fixe, comme à ses habitudes, des trajectoires sous forme de taux.

1.5 L'organisation et le contrôle

1.5.1 La dématérialisation des contacts et des prestations

En 2021, la CPS a indiqué que 59 % (299/507) de ses agents effectuent à titre principal des tâches de saisie manuelle ou de « scan » de pièces papiers produites par les assurés et par les professionnels de santé. Elle recense également 568 types de documents papier.

La dématérialisation qu'elle envisage depuis plus d'une dizaine d'années concerne à la fois les flux et les stocks internes d'information ainsi que les échanges d'information entre la CPS et les tiers concernés que sont les usagers affiliés, les professionnels du champ social et médico-social, les établissements de santé ainsi que les professionnels et auxiliaires de santé.

Sa stratégie de dématérialisation s'est construite à partir de deux chantiers :

Les plateformes de e-services

A ce jour, la CPS dispose de cinq portails numériques.

<i>dénomination</i>	Public cible	Année de mise en œuvre	Taux d'adhésion en 2021 (et effectif total)
<i>REVA</i>	Employeurs	2013	95 % (5 600)
<i>RIMA</i>	Professionnels de santé	2014	88 % (800)
<i>FARE</i>	Administrations et partenaires institutionnels	2015	40 communes ont adhéré, soit 81 %. Mais pas de lien avec les services du Pays (DSFE, SEFI,) et la DGFIP
<i>TATOU</i>	Assurés	2018	33 % (204 000)
<i>TARA</i>	Fournisseurs	2021	-

Source : D'après CPS.

Ces supports numériques permettent en grande partie la consultation d'informations. Leurs données globales ont pu être centralisées au travers d'une fiche synthétique client qui sera enrichie d'alertes d'anticipation de renouvellement de pièces ou de fin de droits notamment, afin d'assurer la continuité des droits et des prestations servies.

La dématérialisation des flux d'information entre la CPS, les ressortissants et les professionnels n'en est qu'à ses prémices : les ordonnances médicales et les feuilles de soin, sur support papier, sont toujours renseignées manuellement.

La dématérialisation des feuilles de soins est pourtant un enjeu important pour les assurés et pour les professionnels de santé, en fiabilisant les échanges d'information, et en accélérant les durées de remboursement des dépenses de soins. La pression sur la trésorerie de la CPS qui en résulterait doit être anticipée. Concernant ce projet précis de feuille de soin électronique, la Caisse a transmis une note interne de la direction du 30 août 2005, qui rappelle qu'elle a engagé, mais sans succès, ce type de démarche depuis 1998.

A cet égard, les avantages de la dématérialisation, active dans certains secteurs économiques en Polynésie française (e-relevé, e-facture, e-paiement), ou bien dans le domaine de la santé dans d'autres territoires français ou étrangers, ne sont plus à démontrer. Ils suppriment notamment le risque de pertes de documents, diminuent drastiquement la probabilité d'erreurs de traitement, et créent, lorsque l'architecture informatique a été bien pensée, la mise en réseau intégrée des acteurs internes et des partenaires. **A titre d'illustration, faute d'e-service des « évasans », la CPS constate des pertes de courriers papiers transmis ou remis avec des délais de trois mois (les antennes disposent de 3 mois de délais)⁶⁸.**

La CPS, par son portage interne insuffisant du projet de dématérialisation au cours de la dernière décennie, s'est contrainte elle-même à développer des stratégies alternatives de compensation, par la mise en œuvre d'outils de numérisation et de vidéocodage des documents papiers.

A l'occasion de son contrôle en 2010, la Cour des comptes avait déjà demandé à la CPS de relancer le projet de feuille de soin électronique.

Une plateforme de numérisation et de vidéocodage

La CPS dispose d'une plateforme de numérisation et de vidéocodage des feuilles de soins des médecins « ORAMA ». L'outil est opérationnel depuis 2015. La Caisse a estimé le coût de développement de cet outil à 50 MF CFP.

La Chambre note que le cadre réglementaire dans lequel évolue ce projet est récent et n'est pas encore abouti.

⁶⁸ Pour les évacuations programmées, le dossier comporte deux volets, un médical et un administratif, qui font l'objet d'une validation distincte par la CPS. Il peut y avoir une seule validation et non pas les deux.

Par ailleurs, la CPS a indiqué qu'un projet de carte à puce ou magnétique qui remplacerait notamment la carte papier d'assuré, n'a jamais été engagé, mais qu'en 2021, elle a pris contact auprès de la mission de coordination des organismes de sécurité sociale d'outre-mer (MICOR), dans le but d'initier une étude de faisabilité de mise en œuvre du dispositif SESAM-Vitale en Polynésie française. Cette étude devrait être lancée en 2022 dans le cadre du nouveau plan d'entreprise de la CPS. La Chambre demande à la CPS de bien peser l'opportunité de cette option technique, au moment où les applications via Internet sur téléphone se généralisent et tendent à remplacer les supports magnétiques ou à carte à puce.

La crise du COVID-19 qui a obligé à cause de périodes de confinements à fermer les guichets physiques, a cependant renforcé la prise de conscience de la nécessité de dématérialiser les services apportés.

Quoi qu'il en soit, sans sous-estimer les difficultés techniques et organisationnelles pour ce type de projet, la CPS doit s'engager résolument dans une politique volontariste de dématérialisation de l'ensemble de la chaîne de ses services, sans omettre d'y associer, dès la phase de conception, toutes les parties prenantes, tels que les professionnels de santé, les ressortissants, et le Pays. La Caisse se doit de concevoir un plan pluriannuel SDSI/dématérialisation des prestations et de s'y tenir, afin d'aller au-delà de son schéma directeur actuel.

Cette digitalisation des prestations faciliterait leur gestion interne, et permettrait d'automatiser une part des contrôles a posteriori (cf. le § 1.5.4.).

Elle a indiqué que le système de télétransmission qu'elle a mis en œuvre pour le vidéocodage des documents papiers lui permettra d'être utilisé pour les communications des données digitales à venir.

Les axes de progrès que la CPS doit développer à court terme sont nombreux, tant les retards accumulés sont importants. La dématérialisation concerne toutes les étapes du processus client, et certains chantiers démarrés demandent à aboutir : affiliation avec signature électronique, dépôt des pièces, relevé des actes de soins, consultation des paiements, prise de rendez-vous, feuille de soins, demande d'entente préalable, dossiers « évasan », carnet longue maladie, ordonnance médicale, facturation et paiements, simulateur de pension de retraite, le tout devant être disponible sur ordinateurs de bureau et sur applications téléphone. Le site Internet de la Caisse devra lors de sa rénovation à programmer, tenir compte de ces évolutions. Cela suppose pour la réussite du projet, l'installation d'une véritable culture qualité de service. Cette démarche orientée utilisateurs devrait faciliter le chantier de simplification des procédures, avant que soit définie une architecture informatique souple, qui doit aider à supprimer la redondance des informations entre les différents services de la Caisse.

Le portage, déterminé et constant de la direction que la Chambre souhaite, est un facteur indispensable de réussite de ce projet.

1.5.2 La politique qualité

1.5.2.1 La gestion de la qualité de service

La CPS ne conduit pas d'enquête de satisfaction auprès de ses différents publics, assurés et professionnels. Elle a justifié l'absence de ce type de démarche par l'existence de marges de progrès encore trop importantes en matière de qualité de service. Cela n'est pas recevable, une démarche de consultation et d'analyse auprès des « clients » a vocation aussi à identifier les besoins des assurés et des professionnels, étape première d'une démarche globale qualité.

Les feuilles de route 2011-2012 s'articulaient autour de trois axes, dont l'un portait sur la qualité de service (axe 3). A partir de 2012, la CPS a engagé une démarche interne, pour aboutir en octobre 2013 à la validation par le CA du plan d'entreprise 2014-2016 « Te Mata Ora » articulé autour de 17 projets, organisés en deux axes. Le second répondait à deux principes, dont « améliorer en permanence le service rendu à la population ». La direction a indiqué que ce plan a été présenté par la suite au comité d'entreprise et à l'ensemble du personnel. Le projet n°11 positionné comme prioritaire à l'époque « vous écouter et vous servir au sein d'une relation multicanal » a fait l'objet d'une présentation en comité d'entreprise le 21 septembre 2016.

Son contenu était organisé autour de quatre actions :

La présente note se propose d'exposer le projet de centre de contacts multi canal (CCM) afin de recueillir l'avis du Comité d'entreprise.

Le CCM intègre l'ensemble des canaux que le client pourrait être amené à utiliser dans sa relation avec la caisse: le téléphone mais également le fax, la messagerie électronique. Sa mise en place permettra :

- d'améliorer la qualité de service client en apportant une réponse rapide et homogène et un traitement plus rapide des demandes en centralisant les appels vers un service dédié.
- de filtrer les demandes ne nécessitant pas d'expertise métier (démarches administratives : pièces à fournir, code allo CPS, droits aux prestations, E-services, prise de rendez-vous, débordement et reprise des appels non aboutis de niveau 2 entrant dans le périmètre du CCM) dans le prolongement du guichet unique physique.
- de servir de socle de formation pour les nouveaux embauchés.
- de recentrer les services de niveau 2 sur leur cœur de métier

Le déploiement du centre de contact multicanal (service central d'accueil téléphonique et messagerie) devait être effectué à partir de février 2017. Une prestation d'accompagnement était programmée pour un montant prévisionnel de 3,4 MF CFP.

Le plan d'entreprise bénéficiait de la nomination à temps plein d'un cadre en charge de son suivi, pour mesurer l'état de son avancement dans les services concernés. Ce cadre a été nommé en janvier 2017 sur d'autres fonctions, sans être remplacé. Le suivi par la suite s'est dès lors révélé diffus. Le plan Te Mata Ora a été revu en 2018, pour afficher des orientations sur la période 2018-2020, présentées en conseil d'administration le 28 septembre 2018. L'action G3 « gestion de la relation client » y apparaît.

Pour répondre à l'objectif de s'inscrire davantage dans une logique métier, l'organigramme a été modifié en 2017 et en 2018. Il a été décidé notamment la création d'un service « qualité et procédures » au sein du pôle « méthode et organisation » qui a pour mission principale l'analyse et l'amélioration des procédures, le renforcement du contrôle interne, et la mise en place en 2018 d'une sous-direction « clients », en vue d'améliorer l'approche globale et d'harmoniser les pratiques d'accueil. A cette sous-direction, devait être rattachée les services d'accueil (service accueil et gestion des comptes assurés, les antennes locales, les services affiliation et immatriculation). Cette sous-direction a évolué vers une direction « relation clients » (DREC). Les 122 agents sont répartis entre une unité relation clients, une cellule médiation qualité (réclamations), une cellule e-services, les antennes locales, le service accueil gestion des comptes clients et le service immatriculation.

La direction a nommé des chefs de projets avec remise d'une lettre de mission par le comité de direction. Ces chefs de projets ont formalisé des fiches projets, assistés par une équipe support. Il était annoncé la définition d'indicateurs de suivi.

Cette démarche reste incomplète, notamment dans la remontée des incidents et des réclamations (cf. infra), alors qu'il s'agit de l'une des pierres angulaires du dispositif qualité. Ce traitement est à envisager en lien avec la nécessité de créer un dossier unique par ressortissant.

Parmi les autres initiatives, la direction a indiqué qu'elle a démarré en 2021 l'organisation d'un parcours d'accueil pour les agents nouvellement recrutés.

Par ailleurs, la CPS a développé depuis peu son réseau de proximité, en augmentant le nombre d'antennes locales et par le déploiement d'un guichet mobile installé dans un bus itinérant « Te Hono ». En 2021, elle a offert ce service en partageant un bus électrique avec Électricité de Tahiti. Elle a souhaité aussi engager des collaborations avec d'autres organismes en charge de missions de service public tels que l'office polynésien de l'habitat (OPH), afin de fournir les pièces justificatives de la CPS en amont de la constitution des dossiers par les familles. Dans le même esprit, elle a fait part au cours de l'instruction de sa participation au projet de *maison de service public*. Cette opération pilote portée par le Pays et par l'État prévoit la mise en place de deux opérations, l'une à Rapa et l'autre à Takaroa, sans que la CPS puisse apporter des éléments plus précis.

1.5.2.2 La gestion des réclamations

Les courriers, dont les lettres de réclamations, sont réceptionnées au secrétariat de direction avant d'être transmis aux directions concernées. La gestion du courrier est organisée par une note de service produite en 2019.

Chaque service destinataire est chargé de répondre ou de faire remonter les demandes qui nécessitent un arbitrage de la part de la direction.

Dans la pratique, la direction a indiqué que la codification des correspondances reçues n'est pas encore suffisamment développée, que certaines réclamations sont classées comme de simples demandes d'information, et que chaque direction a sa propre lecture du degré d'urgence. Cette situation rend difficile la centralisation des données et son pilotage, empêchant une vision globale de la nature des réclamations, et son corollaire, la mise en place d'une stratégie d'amélioration continue de la qualité de service.

Il en résulte que la CPS ne peut pas disposer de tableau de bord statistiques en matière de courriers de saisine et de réclamations. Le traitement homogène des demandes doit être instauré.

Ce constat a justifié la création le 1^{er} février 2019 d'une cellule médiation et qualité au sein d'une direction relation clients pour assurer le suivi et la coordination des réponses.

Le prochain plan d'entreprise 2021-2023 a pour ambition d'améliorer le traitement des réclamations et d'en faire un outil de gestion de la qualité, au travers de neuf chantiers, dont la mise en place d'indicateurs de suivi et de qualité.

La Chambre encourage ce type de démarche, en rappelant que l'animation interne effective de la démarche qualité est une condition de réussite indispensable.

En conséquence, la Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°3 : Dès 2022, suivre des indicateurs qualité de service à partir notamment du traitement des réclamations auprès de tous les types d'usagers (assurés et professionnels).

1.5.3 La culture de la mesure de la performance

La direction a indiqué qu'elle mesure la performance essentiellement à partir de deux indicateurs synthétiques afin d'évaluer le taux des frais de gestion. Le taux de charges ramené aux prestations versée est de 3,85 % en 2019, et le taux de charges comparé aux prestations et aux recettes est de 2,18 % la même année.

Si ces ratios ont le mérite d'exister, la CPS ne peut pas prétendre disposer d'indicateurs qui lui permettent d'apprécier sa réelle performance. Elle n'a d'ailleurs pas transmis un document justifiant d'une stratégie d'ensemble dans ce domaine.

Compte tenu notamment des masses financières en jeu, et du contexte de la PSG, la Caisse doit présenter des garanties d'efficacité et d'efficience.

A l'instar d'une culture qualité de service à développer, la CPS doit s'inscrire dans une logique de performance, pratique professionnelle complémentaire. Ces indicateurs, une fois mis en place, pour être utiles, devront constituer des outils d'aide à la décision dans la conduite des projets de modernisation. Ils seront à communiquer en interne et dans les rapports annuels d'activité.

1.5.4 Le contrôle

Même si les montants qui ont fait l'objet de redressement en 2020 (soit 64,7 MF CFP) sont inférieurs de moitié à celui constaté en 2019 (à hauteur de 122,9 MF CFP), ils restent supérieurs à celui constaté en 2018 soit 46,4 MF CFP.

En 2021, la professionnalisation de la fonction de contrôle au sein de la CPS a connu une amélioration partielle. Les moyens réglementaires à sa disposition ont été renforcés au cours des dernières années. L'organisme bénéficie de dispositions pour définir des objectifs d'efficience avec des résultats mesurables. L'activité de contrôle interne, encore en cours de construction, doit être renforcée par une rédaction systématique des procédures de travail.

1.5.4.1 Le cadre d'intervention

L'octroi, sur un large périmètre, de prestations, d'allocations et de subventions suppose le déploiement d'une stratégie globale de contrôle visant à sécuriser les procédures internes et à opérer un contrôle hiérarchisé des flux financiers opérés vers les opérateurs et partenaires tiers. A cet effet, le contrôle interne et le contrôle de gestion ont le même objectif. Ils visent à une utilisation efficiente des ressources en lien avec les objectifs définis.

En outre, le conseil d'administration a désigné une commission de contrôle. Cette commission, composée d'administrateurs de la CPS a la charge de vérifier la comptabilité, qui est ensuite soumise au vote du conseil d'administration. Elle est tenue, pour ce faire, de présenter au conseil un rapport sur les opérations effectuées au cours de l'année et sur la situation financière en fin d'année⁶⁹. La présence des mêmes membres dans la commission de contrôle et au sein du conseil d'administration ne peut pas offrir les garanties de neutralité, voire d'efficacité. Les dispositions qui organisent la commission de contrôle sont donc à reconsidérer.

La CPS dispose d'un accès aux informations fiscales ainsi que d'un droit de communication envers toute administration de Polynésie française. Par ailleurs, l'article 20 de l'arrêté 1336 IT du 28 septembre 1956 prévoit que les bénéficiaires des prestations de la Caisse sont tenus de se soumettre aux demandes de renseignements et enquêtes relatives à leurs obligations envers les régimes. Tout employeur et toute personne affiliés à l'un des régimes de protection sociale gérés par la CPS ou susceptibles de l'être sont tenus de recevoir ses agents de contrôle⁷⁰.

Le contrôle porte sur les recettes et sur les dépenses.

L'occultation totale ou partielle de déclarations des rémunérations constitue en effet un manque à gagner direct et certain en diminuant l'assiette de calcul des cotisations. Le travail illégal fausse les mécanismes de solidarité par un manque à gagner pour les régimes contributifs de la protection sociale (RGS et RNS). Les individus non déclarés ou partiellement déclarés, qui officiellement sont sans ressource ou disposent de ressources faibles, sont assurés au titre du RSPF.

⁶⁹ Section II de l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire des E.F.O.

⁷⁰ Titre III bis de l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire des E.F.O.

Les obstacles à l'exercice du contrôle, les oppositions aux visites, les entraves au déroulement normal du contrôle ainsi que le défaut de présentation des documents sont constatés par procès-verbal établi par l'agent de contrôle qui le transmet à l'inspection du travail. Ils sont passibles de sanctions fixées par la délibération n° 89-95 AT du 26 juin 1989⁷¹, texte homologué en 1991⁷². Il était prévu une peine d'emprisonnement d'un an et une amende de 447 494 F CFP ou de l'une de ces deux peines seulement. En cas de récidive, l'emprisonnement peut être porté à deux ans et l'amende à 894 988 F CFP.

Or, ces dispositions ont récemment fait l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), dans l'affaire de la Dépêche de Tahiti. Le Conseil constitutionnel en a été saisi par la Cour de cassation le 19 février 2021. Cette QPC était relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit au 5° de l'article 1^{er} de la loi du 4 janvier 1991, qui renvoie au 2° du décret du 24 février 1957 relatif au recouvrement des sommes dues par les employeurs à la CPS. Au point 7 de sa décision, le Conseil constitutionnel a relevé que la Polynésie Française était compétente pour sanctionner la méconnaissance de ces actes par des peines d'emprisonnement mais que les dispositions contestées avaient pour effet d'instituer, pour la même infraction, une peine d'emprisonnement pour les infractions commises pour la première fois alors que la législation nationale réserve ces peines d'emprisonnement au cas de récidive (point 10). Ayant constaté que cette différence de traitement n'était pas justifiée par une différence de situation entre les employeurs, le Conseil constitutionnel a considéré qu'elles méconnaissaient le principe d'égalité devant la loi pénale et devaient être déclarées contraires à la Constitution. Se prononçant ensuite sur les effets de la déclaration d'inconstitutionnalité aux points 11 et suivants, le Conseil Constitutionnel a considéré qu'aucun motif ne justifie de reporter la prise d'effet de la déclaration d'inconstitutionnalité et que celle-ci intervient donc à compter de la décision du 14 mai 2021 pour être applicable à toutes les affaires non jugées définitivement.

Afin de lutter contre les différentes formes de travail dissimulées, la loi de Pays n° 2018-20 facilite l'exercice du contrôle en instaurant notamment une présomption légale de salariat afin de lutter contre les détournements du statut de patenté. Il s'agit du renversement de la charge de la preuve de la CPS à l'individu sur le lieu de travail, qui doit ainsi justifier de sa situation (salié ou patenté). En outre, la loi interdit le prêt de main-d'œuvre à but lucratif et introduit de nouvelles sanctions administratives. Le cadre juridique fixé doit faciliter les conditions d'exécution de la politique de contrôle de la direction du travail et de la CPS.

L'accès aux informations fiscales est garanti par un ensemble assez récent de textes⁷³. Une convention avec la direction des impôts et des contributions publiques (DICP) a été formalisée le 2 octobre 2018, afin d'organiser les échanges de données dans le cadre d'un droit à la communication.

⁷¹ Délibération n° 89-95 AT du 26 juin 1989 portant modification des articles 1, 1 bis, 3, 4, 6 et 14 du décret n° 57-246 du 24 février 1957 relatif au recouvrement des sommes dues par les employeurs aux caisses de compensation des prestations familiales installées dans les territoires d'outre-mer et au Cameroun.

⁷² Loi n° 91-6 du 4 janvier 1991 portant homologation des dispositions prévoyant l'application de peines correctionnelles et de sanctions complémentaires, de délibérations de l'APF et édictant des dispositions pénales et de procédure pénale applicables en Polynésie française.

⁷³ Articles Lp. 20-3 et 20-4 de l'arrêté n°1336 IT du 28 septembre 1956, article 13 de la loi du Pays n°2015-3 du 25 février 2015, article 23 de l'arrêté n°2106 CM du 23 décembre 2015 portant application de la loi du Pays n°2015-3.

Concernant les dépenses, la CPS doit exercer un contrôle administratif et un contrôle médical. Dans le premier cas, elle assure les vérifications en matière d'attribution des prestations et l'observation des traitements ordonnés par le praticien. Dans le second cas, les contrôles des médecins de la Caisse portent notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle. Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation⁷⁴.

Concernant le RSPF, l'enjeu porte sur la lutte contre les fausses déclarations de ressources qui tendent à les minorer pour obtenir ou conserver l'affiliation à ce régime. A cet égard, pour justifier de la refonte des conditions d'admission au RSPF, le Pays a estimé fin 2014 que la fraude représentait 8% des bénéficiaires (ayants-droits et ouvrants-droits cumulés). Toute personne affiliée au RSPF, ou sollicitant cette affiliation, doit ainsi se soumettre aux règles prévues pour le contrôle des obligations applicables aux ressortissants des régimes de protection sociale gérés par la CPS. Les demandes d'admission ou de renouvellement peuvent donner lieu à une enquête, sur pièce ou sur place, diligentée, dans l'un et l'autre cas, par la CPS⁷⁵.

1.5.4.2 La stratégie, les moyens et les résultats

Concernant la stratégie, la CPS formalise de manière périodique une stratégie d'entreprise visant à développer un cadre pluriannuel d'actions. Sur la période, le plan TE MATA ORA mis en place initialement de 2014 à 2016, a fait l'objet d'une prorogation jusqu'en 2020. Des avancées sont intervenues dans la lutte contre les abus et la fraude ainsi que sur le renforcement, par la mise en place d'un service dédié au contrôle interne en 2017.

La lacune de l'ancienneté apparente du plan d'entreprise a été comblée en 2017 par la mise en place de contrats d'objectifs et de gestion (COG). Ils font figures de chantiers prioritaires disposant d'objectifs annuels quantifiables. 19 contrats de projets sont intervenus au cours de l'année 2019. Cependant, ils n'ont pas été reconduits depuis.

Concernant les moyens, les services de contrôle de la CPS se déclinent principalement en deux niveaux.

Les services de premier niveau sont les services métier. Ils identifient les risques inhérents à leurs procédures métiers et élaborent, conjointement avec le service contrôle interne, une cartographie des risques et des fiches pour s'en prémunir. Plus spécifiquement une mission principale de contrôle sur pièce et sur place est commune à quatre services : le service contrôle des cotisants et du RSPF, le service contrôle médical, le service gestion du risque et la cellule contrôle des prestations sociales. Les autres services métier conduisent des contrôles sur pièce (ex. retraite, assurance maladie, prestations aux familles).

⁷⁴ Section IV de la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent modifiée.

⁷⁵ Article Lp. 12 *Contrôles et enquêtes* de la loi du Pays n°2015-3 du 25 février 2015 relative aux conditions d'admission au régime de solidarité modifiée.

Le service contrôle des cotisants et du RSPF effectue, sur la base d'un plan de contrôle qu'il établit, des vérifications d'assiette des cotisations. Les secteurs d'activité sont ciblés en fonction de leur taille et de leur potentiel de fraude. Par son activité, il lutte contre le travail illégal et contrôle l'affiliation des usagers au bon régime. Le service comprend 14 personnes dont deux cadres, cinq contrôleurs d'assiette, cinq contrôleurs (dont un basé à Raiatea) chargés de contrôles inopinés relatifs au travail dissimulé ainsi que deux enquêteurs chargés du contrôle des affiliations au RSPF. Il a produit un bilan annuel jusqu'en 2017, qui rappelle à raison les prévisions initiales du plan de contrôle. Un bilan triennal 2018-2021 a pris la suite. Ces bilans d'exécution gagneraient toutefois à indiquer les écarts pour chaque type de contrôle entre prévisions et réalisations. Cette information a été ajoutée en 2022 dans les bilans 2021, pratique qu'il conviendra de pérenniser.

Le service du contrôle médical vérifie notamment la facturation des actes de santé. Il émet par ailleurs des avis individuels sur des prestations en nature comme les « évasans » ou les inscriptions en longue maladie. Il contrôle aussi les prestations en espèce comme le paiement d'indemnités journalières ou la retraite anticipée pour inaptitude médicale. Enfin, il assure la vérification de la bonne valorisation des actes hospitaliers. Concernant le versement des indemnités journalières, la CPS a indiqué que les salaires qui en constituent l'assiette de calcul, font l'objet d'un contrôle de cohérence, afin d'éviter les stratégies d'augmentation abusives de revenu au cours de la période de référence. Sur cet aspect, la CPS a identifié les mécanismes possibles de fraude et a intégré dans ses logiciels des clés de contrôles automatiques (contrôles embarqués).

Le service gestion du risque a la charge du suivi des relations conventionnelles avec les professionnels de santé. Il assure par ailleurs la détection des fraudes et abus liés aux prestations de l'assurance maladie. A ce titre, le service assure des contrôles et des enquêtes.

Enfin la cellule contrôle des prestations sociales, effective depuis le 1^{er} septembre 2020, a pour ambition de lutter contre les fraudes et les abus liées aux prestations sociales.

Les trois services cités précédemment ne produisent pas de bilan et les plans de contrôle ne sont pas suffisamment formalisés.

Par ailleurs, le service de contrôle médical a la charge de vérifier la conformité des arrêts de travail sur pièce et peut se déplacer aux domiciles. Si le salarié fraude, le médecin-conseil peut demander la fin de l'arrêt de travail, ou proposer un autre poste de travail. Ce service connaît structurellement un déficit de ses effectifs de médecins, en moyenne un à deux emplois ne sont pas pourvus sur un total de huit. Or, la CPS, qui a conduit deux audits externes a estimé qu'il faudrait porter le nombre de médecins, pour pouvoir remplir dans des conditions normales d'exercice, à 12⁷⁶. Ce sous-effectif oblige l'équipe à se concentrer sur les urgences, à savoir les évacuations sanitaires et les contrôles avec avis réglementaire. Il dédie une bonne part de son temps à l'instruction des demandes d'entente préalables (DEP). Ce type d'accord de la CPS constitue une formalité obligatoire pour obtenir la garantie de la prise en charge par les régimes sociaux de certains soins et prestations de santé.

À l'occasion de la survenue du pic épidémique d'août 2021, la Caisse a une nouvelle fois constaté qu'elle doit renforcer son contrôle médical. Ceci étant dit, la Chambre est consciente des difficultés de recrutement de médecin-conseil sur le territoire.

⁷⁶ Procès-verbal du CA du 8 septembre 2017.

En effet, la Caisse a relevé en 2021 une inflation des arrêts maladie. La moyenne mensuelle habituelle de 6 000 arrêts a été portée en août 2021 à 18 000. Sur cet aspect, elle a indiqué lors de l'instruction qu'une bonne partie des arrêts maladie était prononcée pour des assurés asymptomatiques atteints du COVID-19 ou qui étaient cas contact, et que certains bénéficiaient dans leur prescription d'autorisations de sortie, alors qu'ils devaient faire l'objet d'un isolement strict.

La Caisse, face à ce phénomène, a précisé qu'elle a notamment engagé un contrôle renforcé et ciblé des assurés et des prescripteurs, avec au final un succès mitigé. Les enseignements qu'elle en a tiré confirment le constat d'un nécessaire renforcement de son dispositif de contrôle médical et de sa culture du contrôle. Ce renforcement doit passer par la définition et l'application de procédures de contrôle, afin d'apporter la meilleure garantie d'un traitement égal quel que soit le contrôleur. Un plan d'action en ce sens est annoncé pour 2022. En outre, il n'a pas échappé à la direction de la Caisse que la dématérialisation complète des feuilles d'arrêt maladie faciliterait le contrôle automatique des données, constat qui milite, une fois de plus, en faveur du projet étendu de digitalisation des prestations et des procédures (cf. le § 1.5.1.).

La Chambre a constaté par ailleurs que les agents des antennes de la CPS ne sont pas assermentés. Ils ne peuvent donc pas conduire les contrôles adéquats. Cette situation pose notamment problème dans les îles. La CPS a indiqué qu'elle estime préférable, pour des questions de garantie de neutralité sur place, maintenir une équipe au siège et non pas dans les antennes, en charge notamment du contrôle dans les îles. Cela sous-tend néanmoins que l'équipe centrale soit dotée d'effectifs suffisants, et que les agents présents dans les antennes, même s'ils ne sont pas assermentés, soient formés aux risques de fraudes afin qu'ils puissent en référer à leurs collègues contrôleurs à Papeete. Cette procédure de remontée d'informations doit être formalisée et renforcée.

Pour l'ensemble de cette chaîne de contrôle, la majeure partie des vérifications est opérée a priori. Ils sont donc, alors qu'ils sont chronophages, contraints par des délais courts.

La Caisse doit réorienter sa politique de contrôle en privilégiant les procédures a posteriori, qu'elle doit formaliser et suivre. Les conditions d'exercice seront dès lors soumises aux délais de prescription, qui dans un certain nombre de cas, sont de deux années.

Ces améliorations nécessitent de disposer d'outils et de bases informatiques adaptées, ce qui n'est pas complètement le cas.

Concernant les services de second niveau,

Un service pilote le dispositif de contrôle interne de la CPS en lien avec des référents dans chaque service. Il élabore les documents internes (ex : référentiels et guides méthodologiques) utiles aux contrôles et accompagne leur mise en œuvre au sein de chaque entité de la CPS. Le champ d'application du contrôle interne se concentre sur l'analyse de la construction et du fonctionnement administratif de la CPS. Le contrôle de gestion, essentiellement basé sur des données comptables, a pour but la pérennité financière de la CPS. Le service contrôle et visa des recettes et des dépenses effectue les missions classiques d'une agence comptable. Il assure les encaissements et les décaissements. Il vérifie la régularité des pièces et des procédures afin de fournir une information comptable et financière fiable.

Enfin un comité de contrôle assure le pilotage de l'action dans le but de conforter et de pérenniser la culture du contrôle au sein de la CPS.

Tous ces éléments qui tendent à fiabiliser le fonctionnement interne de la Caisse ne valent que si le caractère homogène de l'information entre services est garanti, ce qui n'est pas le cas. Le plan d'entreprise en cours de définition aura intérêt à corriger cette situation.

En conséquence, la Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°4 : Développer dès 2022 les contrôles a posteriori en se dotant des capacités informatiques adéquates.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le coût total des prestations servies par la CPS a franchi la barre des 120 Mrds F CFP en 2019. La prise en charge de la maladie (près de 60 Mrds F CFP) et de la vieillesse (plus de 40 Mrds F CFP) est de plus en plus couteuse. Les pensions de retraite enregistrent les trajectoires de dépenses les plus rapides (+ 20 %). L'assurance maladie connaît une évolution soutenue (+ 12 %), et partant d'un niveau élevé, elle a augmenté de plus de 10 Mrds F CFP entre 2016 et 2021.

Les financements consistent avant tout en la collecte des cotisations sociales (73 % du total), le reste étant assuré par des dotations du Pays financées par la fiscalité. Sans l'instauration par la collectivité de fonds supplémentaires présentés comme des recettes provisoires et exceptionnelles, le budget de la PSG dans sa globalité serait chaque année déficitaire depuis 2016. Sur cet aspect, dans ses présentations aux instances dirigeantes, la direction de la Caisse devrait améliorer la transparence de ses budgets en distinguant mieux notamment dans ses recettes celles qui relèvent de mécanismes exceptionnels.

Dans ces conditions, l'évènement exceptionnel de la pandémie survenue depuis 2020 n'a fait qu'aggraver une situation fragilisée de longue date. Ce constat est connu par la Caisse et par le Pays. En effet, la crise a été révélatrice de difficultés structurelles non réglées ou en suspens depuis de nombreuses années que seuls des choix fondés sur des éléments prospectifs bien cernés peuvent régler. L'adaptation sera d'autant plus sévère qu'elle aurait dû être à l'ordre du jour depuis plusieurs années.

Les données de santé publique disponibles, même si elles sont partielles, indiquent une hausse continue des besoins de soins, couplée à un choc démographique récent lié au vieillissement de la population. Ces tendances lourdes viennent en contradiction avec les ambitions affichées de maîtrise des dépenses de la protection sociale généralisée (PSG).

La CPS, comme le Pays, doivent assumer cette réalité sans tabou. Il s'agit d'abord pour eux de se donner les moyens de produire une connaissance fine des données statistiques pour évaluer dans le détail les besoins actuels et futurs de la population, et d'engager, forts de ces connaissances, un pilotage de la PSG adéquat, c'est-à-dire cohérent et coordonné avec tous les acteurs locaux. Un outil tel qu'un observatoire partagé entre la Caisse et le Pays, y compris le centre hospitalier, aiderait à instaurer une coopération intégrée, à condition que les informations soient rendues disponibles auprès de tous, y compris les médias et le grand public.

Cette augmentation continue et accélérée de la demande soins, et le poids de la longue maladie liée notamment aux habitudes alimentaires déséquilibrées pose la question de l'efficacité des actions de prévention. Une politique ambitieuse et efficace dans ce domaine est l'une des réponses attendues, mais les actions conduites par la CPS se sont limitées à distribuer des fonds, stratégie attentiste qui procède davantage du saupoudrage. Au surplus, les procédures mises en place par la Caisse n'ont pas bénéficié de la rigueur espérée. La recherche d'efficience d'une vraie politique de prévention invite peut être à confier ce rôle au Pays, hormis les accidents du travail et maladies professionnelles.

Lorsqu'il s'agit de considérer de près la préparation des responsabilités entre la Caisse et la collectivité, cette dernière tient un rôle prééminent dans la gouvernance de la PSG. Elle exerce de par la réglementation qu'elle a instauré une tutelle administrative et financière des régimes sociaux et de la Caisse. En outre, parmi ses prérogatives, le statut d'autonomie lui a confié depuis 1977 la compétence importante de codifier le droit local. Ce chantier n'a jamais été engagé dans les domaines clés du social et de la santé. Il s'agit pourtant d'une nécessité absolue au regard de la situation dégradée, qui gêne quotidiennement les services de la CPS.

En revanche, la Caisse a pour sa part une responsabilité forte dans les retards constatés dans trois domaines stratégiques qui conditionnent l'efficacité de son fonctionnement :

La digitalisation de la gestion des prestations sociales, alors qu'il s'agit d'un levier de modernisation significatif au bénéfice de tous, assurés (accélération des remboursements), professionnels de santé (fiabilité des échanges de pièces), services gestionnaires (disparition de la manipulation et de l'archivage de documents papiers).

La qualité de service, qui permettrait si elle était bien déployée et assimilée en interne, la simplification et la diminution du nombre de procédures, ainsi que le traitement approprié des demandes et des réclamations des utilisateurs.

Enfin, la lutte contre les fraudes et les abus, où une stratégie d'ensemble et une culture assumée se font attendre.

2 LA GESTION DE PLUSIEURS RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE

La protection sociale généralisée (PSG) est bâtie sur trois régimes territoriaux autonomes, ouverts à tous les résidents de la Polynésie française⁷⁷. Cette autonomie s'appuie sur le principe d'unicité propre à chaque régime concernant la gouvernance, la réglementation (bénéficiaires et droits), et le budget. La CPS assure la gestion de cet ensemble, qui est en particulier organisé selon le principe que le RGS, régime contributif⁷⁸, prime sur les deux autres, le RNS (contributif en bonne partie) et le RSPF, qui est un régime d'aide sociale non contributif⁷⁹.

régime des salariés (délib. 74-22 du 14.02.) RGS	régime des non-salariés RNS	régime de solidarité RST
<ul style="list-style-type: none"> toute personne exerçant son activité dans le territoire, au sens de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986, et ses ayants droit aux bénéficiaires du régime de retraite des salariés créé par la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française et à leurs ayants droit. 	<ul style="list-style-type: none"> personnes non ressortissantes du régime prévu à l'article 3 (salariés), dont le revenu moyen brut mensuel individuel ou du couple (mariés ou concubins) apprécié sur une base annuelle est égal ou supérieur au S.M.I.G. mensuel (*), et à leurs ayants droit. 	<ul style="list-style-type: none"> aux personnes non prises en charge par un autre régime d'assurance, tant en qualité d'ouvrant droit que d'ayant droit, et dont le revenu moyen brut mensuel individuel ou du couple (mariés ou concubins) apprécié sur une base annuelle est inférieur au S.M.I.G. mensuel (*), ainsi qu'à leurs ayants droit

De surcroît, chaque régime est organisé par risques/assurance collective⁸⁰ :

assurances sociales	accidents du travail	maladies professionnelles	prestations familiales	aide sociale
<ul style="list-style-type: none"> assurance maladie (obligatoire) art. 7 & 8 assurance maternité assurance invalidité assurance vieillesse assurance décès 				<ul style="list-style-type: none"> aide médicale aide aux personnes âgées aides aux personnes handicapées aide à l'enfance

⁷⁷ Cf. les articles 2 et suivants de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française.

⁷⁸ Un régime d'assurance dans le cas présent est dit contributif lorsqu'il est financé avant tout par des cotisations versées par les ayant-droits.

⁷⁹ Délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française.

⁸⁰ Cf. l'article 1^{er} de la délibération n°94-6 AT du 3 février 1994.

En outre, le caractère obligatoire ou pas de la couverture des risques évolue selon le régime applicable.

Les ouvrants-droits du RGS sont obligatoirement affiliés et couverts au titre des assurances sociales, des accidents du travail, des maladies professionnelles et des prestations familiales. Les travailleurs non-salariés sont protégés obligatoirement pour les risques maladie-maternité et les prestations familiales. Ils bénéficient de la couverture vieillesse, accident du travail et maladie professionnelle sur la base du volontariat. Les bénéficiaires du RSPF sont automatiquement couverts pour les risques maladie-maternité et les prestations familiales. Ils perçoivent un minimum vieillesse.

2.1 Un projet de réforme proposé par la CPS pour 2017

La CPS a inscrit dans son projet d'entreprise Te Mata Ora 2014-2016 l'objectif d'une branche unifiée d'assurance maladie, cloisonnée dans sa gestion, réservée aux seules prestations en nature. Cette réforme devait faciliter la garantie de l'équilibre financier du risque maladie, avec une enveloppe fermée. Les recettes devaient couvrir les dépenses techniques et un fonds de roulement de trois mois. L'équilibre budgétaire devait être garanti par des économies et par un ajustement fiscal.

Le calendrier annoncé prévoyait, avec le concours de la collectivité, une loi du Pays sur le régime unifié fin 2016, pour une mise en œuvre début 2017.

La CPS a bien engagé des travaux de réflexion, mais ce projet s'est heurté, selon la direction, à la réticence de l'élargissement de l'assiette de cotisation à partir du premier franc de revenu par la suppression des seuils.

Effectivement, la refonte de l'architecture de la PSG suppose une appréhension d'ensemble des déterminants fondamentaux que sont les modes de financement, les assiettes et les clés de répartition entre régimes, au risque de créer des déséquilibres si tous les aspects ne sont pas traités en même temps.

Ce projet participait pourtant d'une simplification attendue en matière de droit applicable, de gouvernance et de lisibilité du système.

2.2 Les conditions de l'affiliation aux régimes

Les conditions de l'affiliation aux régimes reposent sur deux principes généraux.

En premier lieu, l'affiliation des employeurs locaux est obligatoire⁸¹, ainsi que des personnes non-salariés⁸². En revanche, concernant le RSPF, celle-ci est prononcée suite à la demande du bénéficiaire.

⁸¹ Cf. l'article 24 de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés.

⁸² Cf. l'article 2 de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés.

En deuxième lieu, depuis l'instauration de la PSG, le RGS bénéficie de la primauté⁸³ sur le RNS et le RSPF, ce qui emporte des conséquences sur les conditions générales de l'affiliation des bénéficiaires entre les trois régimes.

La répartition des bénéficiaires entre les trois régimes détermine leurs droits ainsi que leur participation, car le type de couverture des risques et les modalités de participation financières des ouvrants-droits varient selon le régime.

Dans ce contexte, les conditions administratives d'admission au RGS revêtent un caractère de premier ordre.

La personne qui ne remplit pas les conditions pour avoir la qualité d'assuré ou d'ayant-droit au RGS ou au RNS, reste rattachée à son régime, mais est prise en charge par le régime de solidarité (RSPF).

Dans le cas d'une double activité salariale et indépendante, l'application du principe de primauté du RGS s'est traduit par l'application d'un seuil de durée mensuel de travail fixé à au moins 80 heures. Se rajoute à cela le principe d'exclusivité⁸⁴ : ce ressortissant ne cotise que sur son salaire, et non pas sur l'ensemble de son activité dont une partie relève du RNS. Cette situation provoque une perte de recettes certaines pour les régimes sociaux. **La CPS, consciente de l'existence de ce manque à gagner, n'a pourtant pas été en mesure de le quantifier, faute d'étude. Elle a justifié ce manque par l'impossibilité pour elle de recueillir les informations adéquates auprès de la direction des contributions et droits indirects (DICP), alors même qu'une convention de coopération existe (cf. le § 1.5.4.1.).**

Elle est confrontée également à des « abus de droit », soit sous la forme de fraude, soit sous la forme d'optimisation sociale. En effet, un ressortissant du RNS, qui peut justifier de cinq années d'activité salariée ce qui permet son admission automatique au RGS, a droit, pour sa retraite, à une couverture d'assurance maladie en tant que salarié.

Face à ces constats, la Chambre invite la CPS à solliciter le Pays pour moderniser la réglementation, par la suppression des principes de primauté du RGS et d'exclusivité de contribution entre les régimes sociaux.

La réglementation en matière d'affiliation n'a d'ailleurs pas connu d'évolution majeure au cours de la période récente. La dernière réforme a été engagée en 2015⁸⁵, modifiant celle relative au RSPF. Celle-ci s'est inscrite dans l'objectif n°5 de l'axe 1 du plan d'entreprise Te Mata Ora de la CPS « Fiabiliser l'admission et le renouvellement au RSPF ».

⁸³ Cf. les articles 1 et suivants de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 *Art. LP. 4.* (remplacé, Lp n° 2016-16 du 11 mai 2016, art. 1^{er}) "*Le régime des non-salariés s'applique aux personnes : 1 - qui ne sont pas susceptibles de relever d'un autre régime de protection sociale obligatoire.*"

⁸⁴ Résulte de la combinaison des articles 1 et suivants de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 avec l'article 1^{er} de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés «*Les dépenses du régime des non-salariés et les frais de gestion sont assurés 1) par une cotisation à la charge de l'assuré.*».

⁸⁵ Loi de Pays n°2015-3 du 25 février 2015 relative aux conditions d'admission au régime de solidarité RSPF et au contrôle de leur respect.

Ce régime non contributif est financé par des dotations du Pays. Partant du constat (cf. le rapport de la commission de la santé et du travail sur le projet de loi) de « l'inflation » entre 2004 et 2014 du nombre des ressortissants, de 46 000 à 80 000, soit + 74 %, le Pays a souhaité renforcer l'encadrement des conditions d'admission et de renouvellement, avant la refonte de la PSG qui était annoncée avant fin 2015. L'objectif était de diminuer le nombre de bénéficiaires du RSPF en basculant une partie d'entre eux aux régimes contributifs.

Les bénéficiaires sont soumis pour être admis à des conditions de ressources, qui, à la date de rédaction du présent rapport (décembre 2021), sont plafonnés à 87 346 F CFP par mois et à 1 048 152 F CFP par an pour une personne seule. Les demandeurs, qui ne sont pas salariés, et qui ont des ressources supérieures au plafond sont inscrits d'office par la CPS au RNS.

L'arrêté n°2016 CM du 23 décembre 2015⁸⁶ permet à la CPS de demander les relevés bancaires des trois derniers mois des ressortissants, ce qu'elle a indiqué pratiquer, notamment en vue de vérifier le dépassement de ressources qui conduit à reconsidérer leur affiliation au RSPF.

Le montant de 87 346 F CFP correspond au montant de référence défini en 1996⁸⁷. Il n'a jamais été révisé depuis, l'idée initiale étant d'abandonner le SMIG⁸⁸ comme revenu de référence pour le désindexer de l'évolution de l'augmentation des prix moyens (inflation). Cette réforme a ainsi eu pour objectif de limiter les effectifs inscrits au RSPF, le SMIG étant bien supérieur (152 914 F CFP depuis le 1^{er} octobre 2014⁸⁹, révisé le 1^{er} décembre 2021 à hauteur de 155 973 F CFP).

L'évaluation des ressources (Lp. 8 et 9) reprend les critères du RGS et les avantages en nature qui en font partie. Elle est donc calculée selon la méthode qui prévaut pour le RGS. Outre les revenus provenant de biens mobiliers et immobiliers, les demandeurs doivent produire une série plus étoffée de pièces justificatives⁹⁰. Le dispositif de contrôle et de sanction est amélioré (cf. infra). Cela pourrait expliquer selon la CPS la baisse observée en 2017 du nombre de ressortissants RSPF. La hausse observée par la suite correspondrait à l'affiliation des jeunes dont les parents sont ressortissants du RSPF, et qui atteignent l'âge de 18 ans non scolarisés ou de 21 ans s'ils ne sont pas scolarisés, perdent leur qualité d'ayant-droit en étant en-dessous des seuils de revenu.

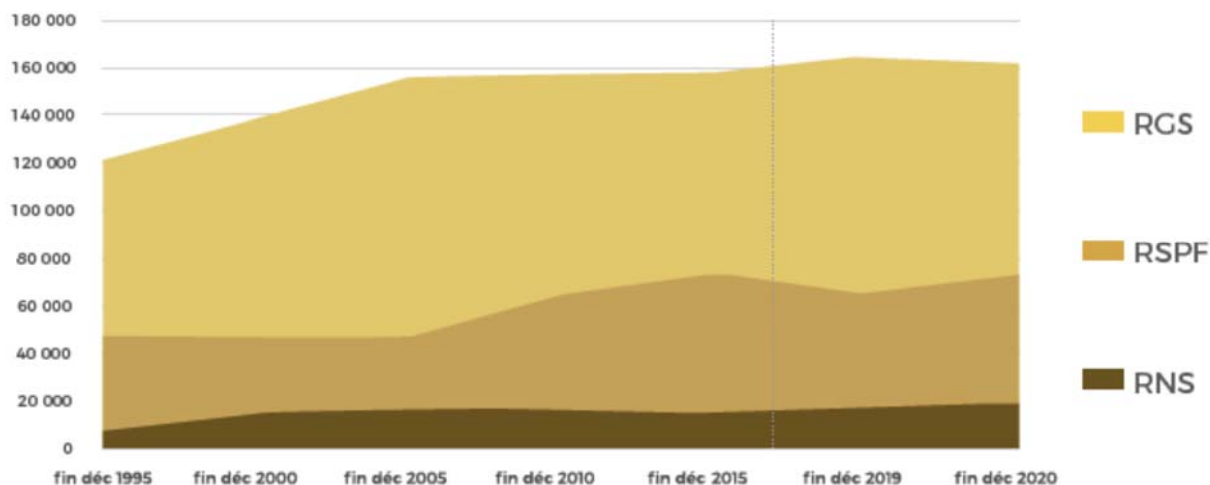
⁸⁶ Pris en application de la loi du Pays n°2015-3 du 25 février 2015.

⁸⁷ Délibération n° 96-109 AT du 12 septembre 1996 portant désindexation des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations.

⁸⁸ Article Lp. 3322-1 du code du travail - loi de Pays n° 2011-15 du 4 mai 2011 relative à la codification du droit du travail.

⁸⁹ Arrêté n° 1348 CM du 26 septembre 2014 portant relèvement du salaire horaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) à compter du 1^{er} octobre 2014.

⁹⁰ Arrêté d'application de la loi du Pays 2015-3, n°2106 CM du 23 décembre 2015.

Tableau n° 7 : Population couverte par régime

Source : Rapport d'activité 2020.

En mars 2021, le nombre de ressortissants du RSPF a atteint 72 030 individus. Cette augmentation s'explique aussi selon la CPS par l'admission et le renouvellement d'office sans formalité des assurés du RSPF de 2019, en 2020, décidés par le Pays dans le cadre de la lutte contre les effets de la pandémie (cf. l'arrêté n°370 CM du 1^{er} avril 2020). Ce dispositif doit s'éteindre le 1^{er} jour du mois suivant la déclaration de la fin de la période d'urgence sanitaire en Polynésie française⁹¹. Il a été renouvelé par l'arrêté CM n°2129 du 21 septembre 2021.

Par ailleurs, l'admission au RSPF qui était jusque-là du ressort de la direction des affaires sociales, a été transféré à la CPS en avril 2018⁹². Elle avait déjà en charge la gestion des renouvellements d'affiliation. Un service spécialisé a été mis en place afin d'offrir l'accès au dispositif sous la forme d'un guichet unique admission-renouvellement-gestion du RSPF.

Dans le même sens, le CA du RGS réuni le 27 octobre 2017 a formulé le vœu que la Polynésie française adopte une modification du dispositif d'insertion professionnelle dénommé « contrat d'accès à l'emploi » (CAE). Il a milité en faveur d'un alignement du taux de cotisations des CAE sur celui de la branche assurance maladie du régime des salariés.

L'état financier produit par la CPS à l'occasion de l'instruction indique que fin 2020, le déficit cumulé supporté par le RGS est de 4,232 Mrds F CFP.

Les bénéficiaires du CAE et leurs ayants-droits ont basculé au RSPF depuis le 1^{er} juin 2019⁹³ pour la couverture maladie et les prestations familiales. Concernant la branche accident du travail, seule branche excédentaire, ce public demeure au RGS.

⁹¹ Arrêté n°293 CM du 20 mars 2020 constatant l'état de calamité naturelle des sinistres et de crise sanitaire occasionné par l'épidémie liée au covid-19 en Polynésie française, prorogé par l'arrêté n° 145 CM du 12 février 2021.

⁹² Article Lp.4 de la loi du Pays n° 2015-3 du 25 février 2015 relative aux conditions d'admission au régime de solidarité de Polynésie française (RSPF) et au contrôle de leur respect a été modifiée par la loi du Pays n° 2018-13 du 29 mars 2018 (article Lp. 1), tout comme l'arrêté n° 2106 CM du 23 décembre 2015 modifié, notamment par l'arrêté n°643 CM du 12 avril 2018 portant application.

⁹³ Loi du Pays n° 2019-14 du 2 mai 2019 portant modification des dispositifs d'insertion professionnelle dénommés contrat d'accès à l'emploi (CAE), convention d'accès à l'emploi (CAE) et convention d'accès à l'emploi professionnel (CAE PRO).

Tableau n° 8 : Ouvrants droits et ayants-droits au titre du contrat d'accès à l'emploi - CAE

<i>en millions de francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020
ouvrants droit RGS	10 711	13 353	11 897	5 290	0
prestations maladie	429,3	543,4	617,7	274,2	0
prestations familiales	303,9	373,6	383	90,9	0
sous-total	733,2	917	1000,7	365,1	0
ouvrants droit RSPF	0	0	0	7 966	11 167
prestations maladie				357,2	587,9
prestations familiales				233,2	357,8
sous-total				590,4	945,7
ouvrants droit RGS + RSPF					
prestations maladie					
prestations familiales					
total					

Source : D'après CPS.

Il en résulte que l'affectation des publics est arbitrée par la CPS et par le Pays en fonction des équilibres financiers des régimes et des branches et non pas seulement de la nature des bénéficiaires, ce qui n'est pas de bonne politique.

2.3 Les régimes spécifiques

La CPS est le gestionnaire local de ressortissants qui relèvent d'autres régimes : sécurité sociale, CAFAT et ENIM. Cette coordination entre les organismes de gestion est organisée par des textes⁹⁴ ou par des protocoles d'accord.

L'accord de coordination le plus ancien est celui signé avec la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT). Par convention du 25 février 1959, les deux caisses ont organisé leur relation. Chacune s'engage à assurer pour le compte de l'autre, le service des prestations. Ces prestations se sont étoffées au fil du temps, au fur et à mesure de l'extension des prises en charges, avec notamment la coordination des régimes de prévoyance et de retraite⁹⁵. Certains points ont été formalisés par la convention du 8 septembre 2008, dans l'attente de la mise en place d'une coordination complète entre les régimes polynésiens et calédoniens (conditions de prise en charge par la CPS des prestations en nature assurance maladie pour les personnes titulaires au RSPF ou au RNS, ou leurs ayants-droits, d'une pension vieillesse, réversion, invalidité ou rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité au moins égale à 66,66 % servies par la CAFAT, et inversement).

⁹⁴ Décret n°94-1146 du 16 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, et la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.

⁹⁵ Arrêté n°1521 TLS du 18 mars 1976.

Parmi les accords signés, le plus important au regard des montants en jeu est celui mis en place avec la sécurité sociale. La CPS comptabilise 14 600 ouvrants droits et 16 000 ayants-droits. Concernant l'ouverture des droits à pensions de retraite, 2 924 assurés distincts ont fait l'objet d'un traitement coordonné CPS/SS sur la période 2016-mi 2021.

Concernant les prestations maladie, la CPS vérifie au titre des prestations en nature uniquement, avant leur remboursement, l'affiliation effective des assurés auprès de la sécurité sociale. Ce contrôle s'est amélioré récemment, les deux entités ont identifié depuis 2018 leur référent réciproque, ce qui n'était pas le cas auparavant. Les échanges d'informations sont effectués par une transmission de fichiers numériques. Il n'y a toujours pas d'échange automatisé de données entre la CPS et la sécurité sociale pour ses ressortissants résidents en Polynésie française. Des ressortissants de la sécurité sociale sur le territoire sont soignés et pris en charge par la CPS qui peut constater à l'issue, à partir des informations communiquées par la sécurité sociale, qu'ils ne sont plus assurés, ce qui vient créer des difficultés.

La CPS a également passé trois accords de partenariat en vue de faciliter la coordination avec l'hexagone.

A propos du suivi des « évasans » qui sont ressortissants de la sécurité sociale, la CPS s'est rapprochée du centre national des soins à l'étrangers (CNSE). Ce centre est rattaché depuis sa création en 2006, à la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) du Morbihan. Le CNSE a pour fonction de rembourser les citoyens français qui ont avancé le paiement des frais pour se faire soigner lors de déplacements à l'extérieur des frontières. Dans le cas de la CPS, la CPAM est chargée du recouvrement des créances et du règlement des dettes de soins de santé au titre de la sécurité sociale.

Les ressortissants de l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) n'émargent pas au RGS. Ils relèvent du régime de la sécurité sociale et ont été intégrés par la CPS dans la population de la sécurité sociale. La convention, signée le 3 décembre 2017⁹⁶, prévoit 5,25 % de frais de gestion pour la gestion et le service des prestations, à l'instar de ce qui se fait pour les autres assurés de la sécurité sociale. Les ressortissants de l'ENIM rentrent dans les accords de coordination avec le CNSE.

Entre 2016 et 2020, la CPS a reçu de la part de la CPAM un total de factures à payer de 506 909 280 F CFP et a réglé 470 153 900 F CFP, la différence correspondant aux rejets opérés par la Caisse. A contrario, le CNSE a réglé au cours de la même période 38,176 Mrds F CFP.

Le montant de la dette cumulée pour la période 1994 à 2016 du CNSE en faveur de la CPS a atteint 1,9 Mrds F CFP à son maximum. Depuis 2015 seulement, un travail de régularisation par rapprochements croisés de l'historique des créances et des dettes réciproques a été réalisé par la Caisse avec le CNSE. Ce dernier a ainsi versé régulièrement à la CPS les rappels sur les exercices 2011 à 2016, ce qui a permis de ramener les restes dus par le CNSE à 340 578 947 F CFP.

⁹⁶ Le protocole d'accord initial date du 5 juin 1981.

Le CLEISS (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) est un établissement public national créé en 1959, notamment chargé d'informer sur la protection sociale dans un contexte de mobilité internationale. Il est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale et du ministère chargé du budget. La Caisse a indiqué avoir obtenu en 2019 la totalité du paiement de ses créances sur la période 1995 à 2016, soit 800 MF.

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la CPS sont partenaires depuis 2014. Les échanges ont permis à la Caisse d'être membre observateur associé aux réunions de la mission de coordination des caisses de l'outremer (MICOR), et de pouvoir accéder à la base de données MEDIAM qui offre une documentation juridique.

Le 26 décembre 2017, la CPS a signé un accord avec l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), renommé depuis URSSAF caisse nationale. Il s'agit d'un appui à la transformation numérique (cf. le § 1.5.1.).

Concernant les prestations vieillesse, la CPS et la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont engagé un partenariat en 2014, formalisé par convention du 27 mars 2014. La CNAV a désigné la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) de Midi-Pyrénées, ce qui a abouti à une convention CPS-CARSAT MP le 26 mai 2016.

La CARSAT est la caisse d'assurance retraite et de santé au travail, sauf pour l'Ile de France et la région Alsace-Moselle qui restent gérées par la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). C'est un organisme de droit privé de la sécurité sociale ayant une mission de service public.

Par ailleurs, la CPS a indiqué que les règles d'immatriculation des assurés du régime sécurité sociale sont désormais mieux établies avec la collaboration de l'ISPF, et notamment depuis le lancement du chantier d'immatriculation INSEE de l'ensemble des ressortissants polynésiens.

Face à la multiplicité des accords, la Chambre ne peut qu'encourager la CPS à formaliser en interne son dispositif d'animation et de suivi sur les aspects conventionnels et financiers.

2.4 Les recettes

La CPS distingue, par application de la réglementation, les recettes « techniques » (cotisations, financements complémentaires, prestations) et les recettes « non techniques » (produits financiers, compensation).

Les ressources techniques perçues par la CPS sont définies par une série de textes.

L'article 15 de l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la CPS en détermine la nature pour les salariés. Au titre du RGS, ce sont naturellement les cotisations payées par les employeurs et par les salariés qui en représentent la part essentielle. En 2019, sur un total de 95,357 Mrds F CFP de recettes perçues inscrit au compte de résultat, les cotisations, hors majorations et pénalités s'élèvent à 91,133 Mrds F CFP (96 %), et 4 Mrds F CFP d'aides ont été versées par le Pays.

S'agissant du régime des non-salariés, l'article 1^{er} de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés dispose que les dépenses du RNS et les frais de gestion sont assurés par une cotisation à la charge de l'assuré et par une participation du budget du territoire. Les cotisations hors majoration et pénalités ont atteint en 2019 la somme de 3,496 Mrds F CFP, sur un total de recettes inscrites au compte de résultat de 3,992 Mrds F CFP. Le Pays a contribué à hauteur de 440 MF CFP.

Le financement du risque maladie du régime de solidarité est assuré par des fonds publics, ainsi que par le produit des contributions territoriales de solidarité et de toute autre contribution qui y serait affectée⁹⁷.

2.4.1 Les leviers d'action paramétriques

2.4.1.1 Les assiettes des cotisations

L'assiette de cotisation au titre du RGS et du RNS est définie différemment par les textes.

C'est l'article 19 de l'arrêté n°1336 i.t. du 28 septembre 1956 modifié portant organisation de la CPS qui définit pour les salariés la nature et l'étendue de l'assiette. La définition du périmètre des ressources servant d'assiette a été modifiée dernièrement par la loi de Pays n° 2016-19⁹⁸.

Les cotisations du RGS sont assises sur l'ensemble des salaires, indemnités, primes gratifications et tous les autres avantages octroyés, y compris les avantages en nature versés par l'employeur à son personnel salarié⁹⁹.

Toutefois, l'assiette au titre du RGS est bornée par un seuil correspond au montant du salaire minimum interprofessionnel garanti applicable aux travailleurs intéressés, et par un plafond fixé par le conseil d'administration du régime, repris par arrêté pris en conseil des ministres. Les assiettes sont modulables selon les secteurs d'activité¹⁰⁰. Sur les 12 secteurs répertoriés, seule la pêche hauturière bénéficie d'assiettes plus favorable.

⁹⁷ Article 16 de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française.

⁹⁸ La loi du Pays n° 2016-19 du 30 mai 2016 portant institution d'un régime d'exonération de cotisations sociales des contributions patronales au financement de régimes de retraite et de prévoyance complémentaires des travailleurs salariés.

⁹⁹ Cf. également l'article 25 de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés.

¹⁰⁰ Décision n° 754 TLS du 10 octobre 1978 portant refonte des textes relatifs à la classification des secteurs d'activité au regard de la caisse de prévoyance sociale et aux taux de cotisations qui leur sont applicables.

Tableau n° 9 : Assiettes mensuelles de cotisation au titre du RGS pour 11 secteurs d'activité hors pêche hauturière

<i>en francs CFP</i>	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019	01/01/2020	01/01/2021
prestations familiales:						
plancher						
plafond	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000	750 000
AVTS:						
plancher						
plafond	195 000	195 000	195 000	195 000	195 000	195 000
accident du travail:						
plancher						
plafond	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000	3 000 000
retraite TA						
plancher						
plafond	255 000	256 000	258 000	259 000	264 000	264 000
retraite TB						
plancher	254 000	256 000	258 000	259 000	264 000	264 000
plafond	510 000	512 000	516 000	518 000	520 000	520 000
assurance maladie						
plancher						
plafond	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000	5 000 000
fonds social retraite						
plancher						
plafond	255 000	256 000	258 000	259 000	264 000	264 000
fonds social retraite excep.						
plancher	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
plafond	486 000	486 000	486 000	486 000	486 000	486 000

Source : D'après CPS.

L'assiette relative au RNS au titre de l'assurance maladie est applicable sur les revenus nets non salariaux encaissés au cours de l'année précédente¹⁰¹. L'arrêté n°757 CM du 17 juillet 1995 établit que le plancher de l'assiette servant de base au calcul des cotisations sociales des ressortissants du RNS est égal à la moitié du montant mensuel du S.M.I.G. base 169 heures.

Tableau n° 10 : Assiettes mensuelles de cotisation au titre du RNS (assurance maladie)

<i>en francs CFP</i>	01/01/2015	01/07/2016	01/07/2017	01/01/2018	01/01/2019
plancher					
plafond	5 000 000	5 000 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000

Source : D'après CPS.

Le 1^{er} janvier 2020, le plafond mensuel a été augmenté à 3 500 000 F CFP¹⁰². Il n'a pas été modifié en 2021¹⁰³.

¹⁰¹ Article 7 de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés.

¹⁰² Arrêté n°2793 CM du 13 décembre 2019.

¹⁰³ Arrêté n°2328 CM du 10 décembre 2020.

Le montant du salaire ou gain à prendre en considération pour base de calcul des cotisations en application des paragraphes ci-dessus ne peut être inférieur, en aucun cas, au montant du salaire minimum interprofessionnel garanti applicable aux travailleurs intéressés.

La connaissance et le contrôle des revenus est un enjeu majeur, car elle détermine l'assiette de cotisation. La notion de rémunération et d'avantages en nature et en espèce sont définis par la réglementation¹⁰⁴.

2.4.1.2 Les taux de cotisation

Le texte le plus ancien encore applicable est l'arrêté n° 2667 TLS du 9 novembre 1961 fixant les taux des cotisations des employeurs à la CPS pour la couverture des risques définis par le décret modifié du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les taux de cotisations sont l'un des éléments majeurs qui déterminent les recettes de la PSG et le coût du travail. A partir des orientations gouvernementales, le conseil d'administration propose les taux dans le cadre de ses délibérations budgétaires annuelles, soumises par la suite pour rendu exécutoire au conseil des ministres.

¹⁰⁴ Cf. l'article 19 de l'arrêté n°1336 IT du 28 septembre 1956 modifié, et l'arrêté n° 86 CM du 28 janvier 2016 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations du régime des salariés.

Tableau n° 11 : Taux mensuels de cotisation au titre du RGS par risque

<i>en francs CFP</i>	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019	01/01/2020	01/01/2021
prestations familiales:						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	4,04%	4,04%	4,04%	3,24%	3,33%	3,33%
AVTS:						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,02%	0,00%
accident du travail:						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	0,77%	0,77%	0,77%	0,77%	0,77%	0,77%
retraite TA						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	19,83%	20,34%	20,85%	21,36%	22,00%	22,00%
retraite TB						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	17,43%	17,43%	17,43%	17,43%	17,43%	17,43%
assurance maladie						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	16,29%	16,29%	16,29%	16,29%	16,95%	16,95%
assurance maladie except.						
taux min				0,00%	0,00%	0,00%
taux max				0,75%	0,75%	0,75%
fonds social retraite						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	0,51%	0,51%	0,51%	0,51%	0,54%	0,54%
fonds social retraite excep.						
taux min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
taux max	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

Source : D'après CPS.

Lorsque sont considérés les résultats budgétaires des branches, certaines apparaissent structurellement déficitaires alors que d'autres sont excédentaires chaque année. Le cas de l'accident du travail (AT), en excédent permanent, illustre cette méthode de gestion : la Caisse avait envisagé de différencier le taux AT par secteur d'activité en fonction des risques recensés. Cette perspective malgré son intérêt n'a pas prospéré par la suite. En revanche, le taux relevant des prestations familiales a, à raison, été réajusté à la baisse depuis 2019.

Il en ressort que les taux ne sont pas appréhendés systématiquement dans une optique de juste prix de chacune des prestations.

Tableau n° 12 : Taux mensuels de cotisation au titre du RNS (assurance maladie)

	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019	01/01/2020
min					
max	9,54%	9,54%	9,84%	9,84%	9,84%

Source : D'après CPS.

La Chambre demande à la Caisse d'affiner sa gestion budgétaire des prestations qu'elle sert, et formule la recommandation suivante :

Recommandation n°5 : Calculer et pratiquer les taux par risque en toute transparence au juste coût à partir du budget 2023.

2.4.1.3 Les participations en espèce des ressortissants pour l'assurance maladie

Le patient, par défaut, fait l'avance des frais et se fait ensuite rembourser par la CPS dans la limite des tarifs de responsabilité applicables. Le ticket modérateur est la quote-part que la CPS laisse à la charge de l'assuré s'agissant des prestations en nature. Dans certains cas, l'exonération du ticket modérateur est prévue, comme la longue maladie¹⁰⁵ : les soins liés à l'affection sont remboursés à 100 % du tarif fixé par la CPS (tarif conventionnel ou tarif d'autorité).

La révision du ticket modérateur a été effectuée en 2010. Le taux de prise en charge des prestations en nature est passé de 80 % à 70 %¹⁰⁶ du tarif. Un ticket modérateur spécifique aux honoraires et visites du médecin au titre de la longue maladie a été instauré en 2011 à hauteur de 95 %¹⁰⁷.

La participation des ressortissants concerne aussi les médicaments et autres services. Celle-ci varie notamment en fonction du service médical rendu¹⁰⁸.

L'assuré peut bénéficier du tiers payant (pas d'avance des frais, la CPS rembourse directement la structure de soins) dans certaines conditions (hospitalisation, longue maladie, appareillages...).

¹⁰⁵ Loi du Pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017 portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens modifiant la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

¹⁰⁶ Cf. l'article 15 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29 janvier 1987, art. 9) « Le remboursement des prestations en nature s'effectue à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30 décembre 2010, art. 2) « 70 % » du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale sauf certains cas.

¹⁰⁷ Par l'arrêté n° 1027 CM du 21 juillet 2011 relatif au taux de remboursement des honoraires des consultations et visites d'un médecin au titre de l'assurance longue maladie. Le taux de remboursement est de 95 % pour les trois régimes territoriaux depuis le 1^{er} août 2011

¹⁰⁸ Arrêté n° 2282 CM du 28 décembre 2011 portant modification du taux de remboursement de certains médicaments fixe que les taux de remboursement ou de prise en charge des spécialités pharmaceutiques à usage humain dont le service médical rendu est modéré (SMR C), des spécialités pharmaceutiques homéopathiques et des allergènes préparés pour un seul individu (APSI) sont de 30 %. L'arrêté n° 347 CM du 28 février 2014 fixant le taux de remboursement de certaines prestations en nature des différents régimes de protection sociale fixe le taux de remboursement de l'ensemble des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article LP. 30 de la loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 (LPPR) à 70 % sauf certaines exceptions prises en charge à 100 % du tarif de responsabilité depuis le 15 mars 2014

Ces dispositions s'appliquent aux trois régimes depuis 1995¹⁰⁹.

Au demeurant, les ressortissants du RSPF bénéficient de prestations prises en charge intégralement en tiers payant par le régime, dans les structures sanitaires publiques dans le cadre de conventions passées entre ces dernières et l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité territorial¹¹⁰.

Le ticket modérateur a été majoré dans certains cas depuis le 1^{er} janvier 2021 (cf. le § 3.2.2.).

2.4.2 Les cotisations dites exceptionnelles

Deux dispositifs aux caractéristiques différentes ont été identifiées.

2.4.2.1 La cotisation exceptionnelle du fonds social de retraite

L'instauration de la cotisation fonds social de retraite exceptionnelle (FSRE) est l'un des résultats de l'accord tripartite Te Autaeaera'a – solidarité du 14 novembre 2005 signé entre le gouvernement et les organisations syndicales de salariés et d'employeurs. L'allocation complémentaire retraite (ACR) est financée par la fiscalité pour les salariés ayant moins de 15 ans d'activité, à la différence de l'ACR des salariés qui ont plus de 15 ans d'activité, financée par les cotisations sociales.

Le FSRE a été intégré au budget du RGS au titre de l'exercice 2006 par son adoption en conseil d'administration en deuxième lecture, suite à la demande du gouvernement selon la direction de la Caisse. Cette articulation n'a pas été remise en cause depuis.

La CPS a perçu au cours de la période sous revue au titre du FSRE un total cumulé de 5,752 Mrds F CFP.

Tableau n° 13 : Montants annuels perçus par la CPS au titre du FSRE

en francs CFP

2016	2017	2018	2019	2020
1 108 447 024	1 134 830 117	1 170 715 064	1 195 005 715	1 143 478 291

Source : CPS, données au 30.08.21.

Il s'agissait initialement de l'apurement d'un passif évalué à l'époque à 12 Mrds F CFP, par une cotisation patronale fixée à 1 % de la tranche de salaires comprise entre 100 000 F CFP et 480 000 F CFP. Le dispositif devait être supprimé à l'apurement constaté complet.

Fin 2017, la recette cumulée de la cotisation étaient de 12,915 Mrds F CFP.

¹⁰⁹ Délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française Art. 10. – Les systèmes du tiers payant et du ticket modérateur sont confirmés et étendus à l'ensemble des régimes selon des modalités d'application définies par délibération de l'Assemblée territoriale.

¹¹⁰ Article 9-2 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial.

Selon la direction, les administrateurs du RGS ont été informés de cette situation au cours des travaux budgétaires de l'exercice 2018. Ils ont néanmoins reconduit ce prélèvement depuis. Fin 2020, ce produits inscrit au budget du RGS totalise 16,743 Mrds F CFP depuis son instauration.

Au cours du vote du budget en octobre 2021, ils ont pris la décision de poursuivre ce financement en 2021 et en 2022, avec respectivement un produit espéré de 1,12 Mrds F CFP et de 1,2 Mrds F CFP.

Ces constats appellent trois remarques :

- cette cotisation a été créée avec comme seul support juridique une délibération du CA du RGS portant sur le budget du régime social approuvée en conseil des ministres. **La Chambre rappelle que le conseil des ministres a seulement compétence pour fixer les plafonds de rémunérations soumises à cotisation et les taux de cotisation pour le financement des régimes sociaux¹¹¹, mais ne peut pas créer de prélèvements, compétence réservée à la loi du Pays ;**

- la contribution exclusivement patronale fait à tort l'impasse sur le principe fixé par les articles 20 et 22 de la délibération n°87-11 AT modifiée instituant un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française : la couverture des charges du régime est assurée par des cotisations payées par l'employeur et par le travailleur salarié. Le taux est réparti à raison des deux tiers à la charge de l'employeur et d'un tiers à la charge du salarié. Le caractère exceptionnel du fonds ne l'exonère pas du respect du principe général ;

- la poursuite du mécanisme après 2017 alors que sa cause a disparu, indique une perte de vue par la gouvernance de la CPS de son caractère exceptionnel initial.

Dans ces conditions, la Chambre invite à la CPS de ne plus inscrire cette recette dans son prochain budget.

2.4.2.2 La cotisation exceptionnelle d'assurance maladie

La cotisation exceptionnelle d'assurance maladie (AME) a été créée par la loi du Pays n° 2019-5 du 31 janvier 2019 pour une durée maximale de quatre années jusqu'à l'apurement complet du déficit cumulé du régime d'assurance maladie invalidité constaté au 31 décembre 2018.

L'arrêté n° 266 CM du 20 septembre 2019 a constaté le déficit cumulé à 6 674 246 203 F CPF (6,6 Mrds F CFP). Le taux de cette cotisation patronale au titre du RGS a été fixé (Arrêté n°189 CM du 8 février 2019) pour entrer en vigueur le 14 février 2019 à hauteur de 0,75 %. L'assiette est plafonnée à hauteur de 5 MF CFP par salarié.

Les produits enregistrés au titre de l'exercice 2019 sont de 1 497 691 839 F CFP, et de 1 614 350 507 F CFP en 2020, soit un total cumulé de 3 112 042 346 F CFP. Les budgets 2021 et 2022 ont été construits en incluant cette cotisation, avec respectivement une recette espérée de 1,6 Mrds F CFP et de 1,7 Mrds F CFP.

¹¹¹ Au titre du 17° de l'article 90 de la loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 modifiée.

Cette cotisation qui ne concerne que les employeurs s'écarte encore une fois du principe fixé par l'article 41 de la délibération n°74-22 modifiée, à savoir un financement assuré par les employeurs, les salariés et les titulaires d'une pension de retraite ou de réversion, qui s'opère pour le RGS à raison de deux tiers à la charge des employeurs et d'un tiers à la charge des salariés.

Au vu des pratiques contestables concernant le FSRE, la Chambre invite là encore la Caisse à s'assurer de la régularité de la cotisation exceptionnelle d'assurance maladie pour les prochains exercices.

2.4.3 Les réserves du RGS

Les réserves budgétaires ont vocation par principe à assurer le financement des prestations servies à terme, dans le cas où les recettes ou/et les dépenses subiraient subitement une variation qui remettrait en cause l'équilibre financier de toute ou partie de la PSG.

C'est le sens de la réglementation portant organisation de la CPS. Néanmoins, une réserve réglementaire n'est prévue que pour un seul risque, la retraite des salariés.

L'article 15 de l'arrêté 1336 IT du 28 septembre 1956 impose en effet à la Caisse de constituer un fonds de réserve répondant à un double objectif :

- assurer la garantie aux bénéficiaires du service des prestations du régime de retraite, dans les conditions déterminées par l'article 28 de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 ;

- financer l'actif d'exploitation composé des actifs immobilisés et des besoins en fonds de roulement nécessaires à l'exploitation courante de tous les régimes salariés gérés par la CPS.

L'article 28 de la délibération susvisée prévoyait comme minimum, des réserves équivalant à cinq fois la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices. Ce seuil n'a pas été respecté. La CPS estime qu'au regard du montant des dépenses constatées, la somme à réserver est un objectif inatteignable.

La loi du Pays n° 2019-6 du 1^{er} février 2019 a réduit par cinq le niveau des réserves des tranches A et B de retraite à la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices. En application du texte, la réserve réglementaire de la tranche A devrait être de 34,6 Mrds F CFP en 2020. La réserve constatée à la même époque était seulement de 16,5 Mrds F CFP soit moins de la moitié. **Cela signifie que les réserves réelles couvraient alors moins de 6 mois de prestations retraite.** La réserve constatée de la tranche B représente en revanche deux années de réserve, soit 7,1 Mrds F CFP.

Tableau n° 14 : Les montants des différentes réserves de la CPS au 31 décembre 2020

En MF CFP	PF	AVTS	AT	AM	Ret A	FSR	Ret B	Total	Variation en %
2016	3 365	7	6 266	- 14 774	28 511	- 4 683	15 145	33 837	-4
2017	4 300	22	6 580	- 13 957	24 741	- 3 794	15 592	33 484	-1
2018	5 400	40	6 800	- 15 143	21 205	- 1 583	15 935	32 654	-2,5
2019	5 431	60	7 162	- 13 492	16 503	797	15 775	32 236	-1,3
2020	5 684	81	7 379	- 6 460	10 445	2 076	14 844	34 048	5,6

Source : CPS

En considérant l'ensemble des comptes et des prestations, les réserves budgétaires des autres branches constatées correspondent en 2020 à un niveau moyen de trésorerie équivalent à deux mois d'activité.

Les relations de trésorerie inter branches à l'intérieur du RGS sont définies par l'article 15 de l'arrêté 1336 IT du 28 septembre 1956. Ce mécanisme de gestion, utile à l'exercice des missions de la CPS, permet à l'organisme de considérer dans un budget unique consolidé toutes les branches du régime ; en trésorerie, les déficits et les excédents peuvent ainsi se compenser pour l'ensemble du régime. Cette souplesse de gestion est un atout au vu des prestations mais est de nature à limiter la réflexion sur l'équilibre réel de chaque branche par une attention constante et nécessaire sur les paramètres, taux et plafonds. La compensation prévue par les textes ne doit pas constituer un frein à la recherche de la viabilité de chaque risque.

Tableau n° 15 : Le financement de l'activité par la compensation des branches en 2020 (RGS)

EMPLOIS		RESSOURCES					
1/ ACTIF IMMOBILISE	1 723 MF	RESERVES D'EXPLOITATION					
2/ ACTIF CIRCULANT	10 669 MF	Branches	Réserves nécessaires	Réserves réelles mobilisables (I)	Financem par l'emprunt	Apport des branches excéd. (II)	financem exploitation
3/ TRESORERIE	16 545 MF	PF	2 107 MF	5 684 MF			2 107 MF
		AVTS	8 MF	81 MF			8 MF
		AT	586 MF	7 379 MF			586 MF
		AM	13 106 MF	-6 460 MF	9 599 MF	9 967 MF	13 106 MF
		RET A	10 819 MF	12 521 MF			10 819 MF
		RET B	2 311 MF	14 844 MF			2 311 MF
		Totaux	28 937 MF	34 048 MF	9 599 MF	9 967 MF	28 937 MF
TOTAL EXPLOITATION	28 937 MF	TOTAL EXPLOITATION					28 937 MF
4/ IMMO DE PLACEMENT	5 095 MF	RESERVES DE PLACEMENT PF					2 132 MF
5/ IMMO FINANCIERES	16 MF	RESERVES DE PLACEMENT AT					4 049 MF
6/ PLACEMENTS CT	9 599 MF	RESERVES DE PLACEMENT AVTS					43 MF
		RESERVES DE PLACEMENT RET A					1 015 MF
		RESERVES DE PLACEMENT RET B					7 471 MF
TOTAL PLACEMENTS	14 711 MF	TOTAL PLACEMENTS					14 711 MF
TOTAL EMPLOIS	43 648 MF	TOTAL RESSOURCES					43 648 MF

Source : CPS

Le niveau des réserves liées aux tranches A et B de retraite est orienté défavorablement et doit faire l'objet d'une vigilance de la part de la CPS. La branche maladie a pour habitude de faire appel aux autres branches afin de financer son déficit structurel. En 2020, le recours à l'emprunt et l'apport des autres branches pour un montant de 13 106 Mrds F CFP ont permis le financement de l'activité de la branche maladie.

Le déséquilibre entre excédent et déficit constaté entre les risques confirme que les taux ne correspondent pas à la réalité des besoins de financement. **Ainsi, les recettes issues des cotisations en matière d'accident du travail et de prestations familiales sont surévaluées, alors que la maladie est déficitaire (cf. le § 2.4.1.2.).**

En 2021, le niveau de réserves global du RGS s'améliore avec le remboursement anticipé du solde du FADES par le Pays (rendu nécessaire par la crise afin de pouvoir faire face aux prestations à régler), l'affectation de la totalité de l'emprunt garanti par l'État, rétrocédé partiellement par le Pays à la CPS soit un total de 9 599 MF CFP, en faveur de la branche AM. A cet ensemble, la CPS a perçu la recette¹¹² liée au FSR, qui bénéficie d'une situation favorable depuis 2019 (cf. infra).

Dans les conditions actuelles, la pérennité de la PSG n'est pas garantie, ni à court terme, et encore moins à long terme. Les ajustements paramétriques en révisant les taux de cotisations et modes de calcul des pensions n'ont pas été suffisants. Tant les assiettes de cotisations que les taux pratiqués n'ont pas permis d'atteindre l'équilibre général envisagé dans la délibération n°87-11 AT du 29 janvier 1987. **Les réformes de structure se font attendre depuis plus de 10 années.** La CPS a composé avec les outils que le Pays a mis règlementairement à sa disposition.

Tableau n° 16 : Le niveau des réserves disponibles au 31 décembre 2020 (RGS)

En MF CFP	PF	AT	AVTS	Ret A	Ret B	Total
Réserves au 31/12/2020	5 684	7 379	81	12 521	14 844	40 508
Financement de l'exploitation	- 2 107	- 586	- 8	- 10 819	- 2 311	- 15 831
Solde disponible (A)	3 577	6 793	73	1 702	12 533	24 677
Financement de l'insuffisance de la réserve d'exploitation et du déficit AM (B)	- 1 445	- 2 743	- 29	- 687	- 5 062	- 9 967
Solde disponible (A)-(B)	2 132	4 049	43	1 015	7 471	14 711

Source : CPS

¹¹² Soit une cotisation spécifique de 0,51 % destinée à financer les charges liées aux bénéficiaires ayant cotisé plus de 15 ans, une subvention du Pays d'un montant de 2 123 MF en 2020 qui finance la prise en charge de l'allocation complémentaire de retraite des pensionnés ayant cotisé moins de 15 ans au régime de retraite des salariés, une cotisation exceptionnelle d'un taux de 1 % destinée à apurer le déficit. (Source : CPS).

Par ailleurs, la collectivité a créé un fonds de sauvegarde vieillesse¹¹³. Ce fonds, qui doit être inscrit à part dans la comptabilité de la CPS (« compte d'affectation spéciale ») a pour objet de garantir l'équilibre financier et d'assurer à ses bénéficiaires la pérennité du service des retraites des salariés. Il est alimenté notamment par une nouvelle « cotisation d'équilibre du régime de retraite des travailleurs salariés » sur la part des rémunérations comprise entre un seuil et un plafond défini par arrêté pris en conseil des ministres, de versements du budget général de la Polynésie française, de subventions de l'État.

Le fonds a vocation à assurer la résorption des déficits cumulés du régime, et à rétablir le niveau des réserves au seuil réglementaire prévu à l'article 28 de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 modifiée.

La CPS n'a pas mis en œuvre ce nouveau dispositif depuis 2019, l'article 72 de la loi du Pays n°2019-6 du 1^{er} février 2019 ayant été déclaré illégal par le Conseil d'État dans sa décision du 30 janvier 2019 au motif que le Pays a institué « un prélèvement obligatoire dont l'objet consiste exclusivement à contribuer à l'équilibre financier du régime d'assurance vieillesse. Un tel prélèvement ne revêt pas le caractère d'une cotisation sociale mais doit être regardé comme une imposition de toute nature. Dès lors, en s'abstenant d'en définir l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement, le législateur du Pays a méconnu l'étendue de sa compétence. »

Quoi qu'il en soit, la Chambre s'interroge sur l'utilité de ce nouveau dispositif supplémentaire alors que la présentation des comptes et des réserves telle qu'elle est déjà prévue dans les textes est suffisante. Si l'idée est d'offrir une présentation faciale de taux de cotisation retraite de droit commun maintenus, cette méthode n'est pas de bonne gestion. Cet artifice ne facilite pas en effet la transparence et la simplicité de l'architecture générale des cotisations sociales.

La Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°6 : S'assurer du respect du niveau des réserves règlementaires.

2.4.4 Des dispositifs de soutien aménagés en réponse à la pandémie

2.4.4.1 Le FADES

En février 2011, le Pays prend la décision par délibération de créer le fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES)¹¹⁴. Ce fonds a pour objet l'apurement du déficit cumulé au 31 décembre 2010 de la branche maladie du régime général des salariés.

Le montant du déficit à prendre en charge et la périodicité des versements ont fait l'objet d'une réglementation évolutive.

¹¹³ Article LP. 33 de la loi du Pays n°2019-6 du 1^{er} février 2019 portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social insérant les articles 28-1 et suivants dans la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française.

¹¹⁴ Délibération n° 2011-7 APF du 21 février 2011 portant création d'un compte d'affectation spéciale fonds pour l'amortissement du déficit social.

Sur le montant du déficit à financer, la délibération susvisée a fixé à 700 MF CFP le montant de la première annuité de prise en charge à verser à la CPS en 2011¹¹⁵. La loi du Pays n°2011-12 du 7 avril 2011 a évalué le montant total du déficit à financer à 16 Mrds F CFP¹¹⁶ et a porté l'annuité de remboursement à 800 MF CFP.

L'apurement définitif devait être fixé par arrêté pris en conseil des ministres au vu des comptes de l'exercice 2010¹¹⁷. Les comptes arrêtés le 8 avril 2011 laissaient apparaître un déficit de 14 768 671 338 F CFP (14,7 Mrds F CFP)¹¹⁸.

A propos de la périodicité des versements, la loi du Pays n°2011-12 fixe le principe que celle-ci devait être précisée par une convention entre la Polynésie française et la CPS.

La convention n'a été signée que le 27 avril 2016, après son adoption le 28 décembre 2015 par le conseil d'administration de la CPS¹¹⁹ et par le conseil des ministres le 3 mars 2016¹²⁰. Le rythme des versements est alors trimestriel.

En août 2017, le calcul du déficit est modifié sensiblement, puisque les excédents annuels éventuels de la branche maladie et ceux du régime des salariés ne viennent plus en déduction dudit déficit (LP. 4 et LP. 5 de la loi de Pays 2011-12 abrogés)¹²¹.

La CPS a constaté, en juin 2020, une contraction de ses recettes issues des cotisations sociales à cause des mesures sanitaires prises pour contenir la pandémie COVID-19. Sans qu'elle en fasse la demande formelle, et sans passer un avenant à la convention du 27 avril 2016, la CPS a reçu en 2020 par anticipation de la part du Pays la somme de 7 668 671 338 F CFP (7,7 Mrds F CFP), correspondant au solde du déficit cumulé arrêté au 31 décembre 2010 restant à financer (6,9 Mrds F CFP) auquel s'ajoute l'annuité de 800 MF CFP. En juillet 2020, le conseil des ministres s'est contenté de confirmer le montant du déficit cumulé au 31 décembre 2010 à financer par le FADES¹²², au vu des comptes arrêtés le 8 avril 2011.

¹¹⁵ Délibération n°2011-8 APF du 21 février 2011 approuvant le budget du Fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES) pour l'exercice 2011. Budget 2011 arrêté à 700 MF CFP.

¹¹⁶ Loi du Pays n° 2011-12 du 7 avril 2011 relative à la prise en charge et aux mesures de résorption du déficit cumulé de l'assurance maladie du régime général des salariés.

¹¹⁷ Arrêté n°655 CM du 16 mai 2011 approuvant et rendant exécutoire la délibération n°5-2011 CA du 8 avril 2011 du conseil d'administration de la CPS relative à l'approbation des comptes de l'exercice 2010 du RGS.

¹¹⁸ Délibération n°5/2011/CA CPS du 8 avril 2011 rendue exécutoire par l'arrêté n°655 CM du 16 mai 2011.

¹¹⁹ Arrêté n° 2212 CM du 28 décembre 2015 rendant exécutoire la délibération n° 39-2015 CA du 29 octobre 2015 relative à la convention entre la Polynésie française et la CPS portant dotations annuelles à recevoir du FADES.

¹²⁰ Arrêté n° 226 CM du 3 mars 2016 portant approbation de la convention entre la Polynésie française et la caisse de prévoyance sociale relative aux modalités de versement de la contribution annuelle du FADES au régime des salariés.

¹²¹ Loi du Pays n° 2017-18 du 10 août 2017 portant simplification des conditions de prise en charge de la résorption du déficit cumulé de l'assurance maladie du régime général des salariés.

¹²² Arrêté n° 1113 CM du 23 juillet 2020 fixant le montant du déficit cumulé de la branche "assurance-maladie" du régime général des salariés au 31 décembre 2010.

2.4.4.2 Le prêt accordé en 2020

La loi de finances rectificative du 30 juillet 2020¹²³ a prévu un dispositif de soutien financier à la Polynésie française sous la forme d'un prêt accordé par l'agence française de développement (AFD) garanti par l'État jusqu'au 31 décembre 2020. Ce prêt fixé dans la limite de 240 millions d'euros (28,8 Mrds F CFP) devait correspondre « aux reports de paiement d'impositions et de cotisations sociales, aux pertes de recettes et au surcroît de dépenses exposées au titre des régimes d'aides aux particuliers et aux entreprises résultant de la crise sanitaire liée à la propagation de l'épidémie de covid-19. »

C'est dans ce cadre que le directeur de la CPS a adressé une demande chiffrée le 31 juillet 2020 au titre du régime des salariés, documentée par une note présentée au conseil d'administration du RGS réuni le 5 juin 2020. Il estimait le besoin de financement total à 24 Mrds F CFP, réparti entre le versement anticipé du solde du FADES de 7,7 Mrds F CFP (cf. supra), et l'emprunt évalué à 16,5 Mrds F CFP, dont 9,6 Mrds F CFP à percevoir avant le 30 septembre 2020 pour éviter toute rupture de trésorerie. Le montant de 24 Mrds F CFP supposait une réduction de 25 % du produit annuel des cotisations sociales au titre du RGS (72,837 Mrds F CFP estimées contre 97,116 Mrds F CFP prévus dans le budget 2020), pour des recettes totales espérées de 102,493 Mrds F CFP.

Le prêt a été accordé au régime des salariés, et a été débloqué en octobre 2020.

Aucune aide n'a été sollicitée par la CPS concernant le RNS, autre régime contributif. La direction a estimé, s'agissant du RSPF que la trésorerie de 3,4 Mrds F CFP était suffisante, et qu'au RNS, « les difficultés de trésorerie ne se sont pas faites ressentir en cours d'année 2020 ».

Par ailleurs, l'octroi de la garantie devait être subordonné à la conclusion d'une convention entre l'État, l'AFD et le gouvernement de la Polynésie française prévoyant en particulier les réformes à mettre en place et leur calendrier.

La direction a indiqué que cette aide sous forme de prêt n'a pas été accompagnée d'une convention d'objectifs à portée stratégique. A la lecture de la convention de financement¹²⁴ entre le Pays et la CPS, seule effectivement une obligation de moyens a été prévue, l'emploi des fonds devant être justifié dans un délai de 12 mois suivant le versement du prêt.

Dans le détail concernant l'opération de prêt en 2020, le budget prévisionnel 2020 de la PSG présentait un total des produits de 135,9 Mrds F CFP pour des dépenses évaluées à 136,3 Mrds F CFP, ainsi que des réserves de 33,4 Mrds F CFP. Dans sa séance du 7 mai 2020, la Caisse estimait, comme évoqué supra, perdre 25 % de ses recettes annuelles, soit un déficit de 25 Mrds F CFP, et ainsi devoir contracter un emprunt du même montant¹²⁵, compte tenu de produits évalués à 111 Mrds F CFP et d'un niveau de charges maintenues pour pouvoir assurer normalement la continuité des prestations.

¹²³ Cf. l'article 36 de la loi n°2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

¹²⁴ Arrêté n°1478 CM du 23 septembre 2020 approuvant l'attribution au profit de la CPS d'un prêt destiné à couvrir les besoins de trésorerie du régime des salariés pour un montant de 9 599 109 492 F CFP.

¹²⁵ Cf. la page 9 du procès-verbal du CA du RGS du 7 mai 2020.

La CPS dans ces conditions a reçu du Pays le versement anticipé du solde du FADES, soit 6,9 Mrds F CFP¹²⁶, qui viendrait en déduction du prêt. En juillet 2020, elle estimait que de janvier à avril 2020, la contraction de la masse salariale avait atteint 20%.

En juillet 2020, la CPS estimait que son besoin de financement par l'emprunt se situait entre 15 et 17 Mrds F CFP à horizon février 2021. Le prêt de l'AFD au Pays garanti par l'État rétrocédé en partie à la CPS¹²⁷ a porté sur une première tranche de 9,6 Mrds F CFP¹²⁸. Le contrat de prêt a été voté en conseil d'administration du 11 septembre 2020.

La Caisse a par ailleurs précisé fin 2020 que son besoin de 25 Mrds F CFP est un cumul sur la période de février 2020 à février 2022¹²⁹.

Le CA du RGS s'est prononcé en séance du 23 juin 2021 en faveur de la nécessité de renouveler le même type de soutien en 2021. Le besoin de trésorerie a alors été estimé à 7,5 Mrds F CFP.

2.4.4.3 Situation de la CPS depuis 2020 au regard des financements exceptionnels obtenus

L'absence persistante d'équilibre de l'exploitation des régimes et la faiblesse de réserves de trésorerie sont des maux anciens qui ont empêché la Caisse d'absorber, même partiellement, le choc créé par la contraction des recettes due la réduction de la masse salariale cotisante (- 11 Mrds F CFP) suite à l'impact de la pandémie.

En 2020, la CPS a ainsi abordé la crise sanitaire dans des conditions déjà dégradées.

Elle n'a donc pas eu d'autre choix que de mobiliser des dispositifs exceptionnels de sauvetage.

Ces aides ont pris la forme, comme vu précédemment, de versements anticipés de dotations de la part du Pays, et de prêts garantis par l'État.

Elles ont eu pour finalité d'assurer à l'organisme un niveau suffisant de trésorerie dans le but de garantir une capacité de paiements des prestations aux assurés, la CPS considérant qu'un niveau plancher de trésorerie équivalent au versement de deux mois de prestations, soit entre 16 et 17 Mrds F CFP, devrait être conservé. En matière de trésorerie, elle peut se permettre d'avoir un raisonnement consolidé en prenant en compte toutes les prestations, car la réglementation ne prévoit pas une gestion étanche entre branches. Cette crise exceptionnelle montre que le maintien de cette souplesse offerte par les textes est nécessaire. Elle a pu d'ailleurs mobiliser en 2020 les réserves de 4 Mrds F CFP au titre du RSPF.

Entre 2019 et 2020, en dépenses, les prestations servies ont évolué de 124,9 à 126,6 Mrds F CFP. En recettes, une augmentation de plafonds et de taux de cotisations actée avant la crise a permis d'amortir en partie la contraction de la masse salariale. Les recettes dites techniques auraient été diminuées de 3,8 Mrds F CFP selon les modalités d'assiette et de taux équivalent à l'année 2019.

¹²⁶ 6 868 706 508 F CFP.

¹²⁷ Loi du Pays n°2017-32 modifiée le 30 juillet 2020 autorisant le Pays à prêter à des organismes comme la CPS.

¹²⁸ 9 599 109 492 F CFP.

¹²⁹ Procès-verbal du CA RGS du 5 novembre 2020.

Tableau n° 17 : Le résultat consolidé de la PSG 2019/2020/2021

	2019	2 020	2021 (projeté)
Cotisations sociales hors dispositifs exceptionnels	91 454 215 193	90 517 657 529	92 738 000 000
FADES	800 000 000	800 000 000	800 000 000
FSRE	1 195 005 715	1 143 478 291	1 129 000 000
cotisation exceptionnelle AM	1 497 691 839	1 614 350 507	1 568 000 000
sous-total cotisations exc.	3 492 697 554	3 557 828 798	3 497 000 000
Participation du Pays	4 405 357 860	3 503 213 410	2 552 000 000
FELP	28 753 320 907	29 400 682 524	26 036 000 000
Produits d'exploitation (hors subv. et hors Reprises prov techniques)	4 681 040 823	2 370 802 457	2 126 000 000
Produits Financiers	200 782 214	274 121 497	272 000 000
Produits exceptionnels (dont Fades exc. de 6 868 706 508 F en 2020)	2 376 142 482	7 277 162 902	467 000 000
Total produits	135 363 557 033	136 901 469 117	127 688 000 000
AM-AT	57 190 666 028	56 076 947 263	61 619 000 000
AVTS	5 544 000	4 224 000	2 112 000
RET A	37 100 017 565	37 967 532 174	38 046 866 510
RET B	7 723 045 508	7 990 873 704	8 034 514 409
FSR + ASPA(RST)	6 592 682 002	6 718 398 854	6 923 443 800
PF	6 973 535 193	7 912 223 576	7 264 000 000
Handicap	5 463 019 809	6 241 205 185	7 134 000 000
Aides sociales	3 857 574 268	3 746 960 844	4 148 000 000
<i>Sous-total prestations servies</i>	124 906 084 373	126 658 365 600	133 171 936 719
Charges administratives	6 834 738 510	6 681 929 818	5 584 000 000
Charges financières	114 510 481	183 666 709	268 000 000
Charges exceptionnelles	1 863 045 282	229 827 089	341 000 000
Total charges	133 718 378 646	133 753 789 216	139 364 936 719
Résultat	1 645 178 387	3 147 679 901	-11 676 936 719

Source : CPS, agence-comptable

Le versement anticipé du reliquat du FADES en août 2020, soit 6,9 Mrds F CFP, et le prêt du Pays garanti par l'État de 9,599 Mrds F CFP, en octobre 2020, (total de 16,467 Mrds F CFP), ont permis à la Caisse de disposer d'un niveau de trésorerie total de 26,1 Mrds F CFP en fin d'année, contre 14,8 Mrds F CFP fin 2019 (+ 76 %) ¹³⁰. La crise a donc paradoxalement permis d'améliorer sensiblement la situation de trésorerie de la Caisse du fait d'un soutien massif des pouvoirs publics. Sans ces aides exceptionnelles, la trésorerie fin 2020 aurait été en revanche de 9,7 Mrds F CFP, soit un niveau bien inférieur au plancher (16 Mrds F CFP) qu'elle se fixe.

En 2021, le budget initial prévoyait des recettes du RGS de l'ordre de 91,7 Mrds F CFP (- 10,4 %) et des dépenses à hauteur de 101,9 Mrds F CFP (-1,9 %), dont 97,2 Mrds F CFP de prestations servies. Le résultat déficitaire prévisionnel était fixé à 10,16 Mrds F CFP ¹³¹, et le besoin au 31 décembre 2021 de trésorerie était estimé en avril 2021 à 10,9 Mrds F CFP, pour une consommation de disponibilités de 15,2 Mrds F CFP ¹³².

¹³⁰ Pages 14 et 15 du rapport de gestion 2020 de l'agent-comptable de la CPS.

¹³¹ Page 12 du document budgétaire présenté au CA du RGS le 29 octobre 2021.

¹³² Page 32 du procès-verbal du CA du RGS du 9 avril 2021.

La collectivité, par l'intermédiaire du dispositif exceptionnel de sécurisation de l'emploi (DiESE) mis en place du 21 mai 2020 au 30 septembre 2021¹³³, a permis, selon la CPS, en le soumettant à cotisations sociales en 2021¹³⁴, d'apporter 760 MF CFP de recettes, pour 1,9 Mrds F CFP d'aides versées au titre de la sauvegarde de l'emploi.

Le 29 octobre 2021, le suivi budgétaire effectué entre janvier et septembre 2021 a conduit à réviser le déficit prévisionnel à - 7,152 Mrds F CFP, soit une moindre dégradation que prévu de près de 3 Mrds F CFP.

Une convention relative à un prêt supplémentaire de 7,4 Mrds F CFP a finalement été signée entre la direction de la Caisse et le président du Pays le 7 décembre 2021 avec une première tranche de 3,7 Mrds F CFP qui serait versée à la signature de la convention, et une seconde, d'un montant équivalent, qui est attendue à partir en 2022 selon les besoins.

A la date de rédaction du présent rapport, il est encore trop tôt pour savoir si les prêts consentis seront suffisants pour assurer le financement de l'activité jusqu'à la fin de l'année 2022.

Les prêts feront l'objet de remboursements à partir de 2024. A partir de 2026, l'annuité à rembourser devrait atteindre 1 Mrd F CFP, posant la question une nouvelle fois de son financement.

Cette situation exceptionnelle semble avoir provoqué l'émergence d'un cycle de réformes de la part du Pays alors même que la CPS connaissait une situation dégradée depuis plusieurs années. La Chambre prend acte de ces annonces à charge pour le Pays de les mettre en œuvre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La PSG est bâtie sur trois régimes territoriaux autonomes, ouverts à tous les résidents de la Polynésie française. Cette autonomie s'appuie sur le principe d'unicité propre à chaque régime concernant la gouvernance, la réglementation (bénéficiaires et droits), et le budget. La CPS assure la gestion de cet ensemble, qui est organisé en particulier selon le principe que le RGS, régime contributif, prime sur les deux autres, le RNS (contributif en bonne partie) et le RSPF, qui est un régime d'aide sociale non contributif.

Ce principe de primauté s'accompagne de fait du principe d'exclusivité, car en cas de double activité salariale et indépendante, seules les rémunérations du salariat sont assujetties, porte ouverte à certains abus selon la Caisse. Au surplus, l'affectation des publics entre les régimes peut davantage être arbitrée dans certains cas par la CPS et par le Pays en fonction des équilibres financiers des régimes et des branches et non pas selon la nature des bénéficiaires, ce qui est difficilement acceptable.

¹³³ Arrêté n° 554 CM du 20 mai 2020 constatant une situation de circonstances exceptionnelles permettant de mobiliser les dispositifs de sauvegarde de l'emploi prévus au chapitre II du titre Ier du livre II de la partie V du code du travail

¹³⁴ Avenant à la convention SEFI du 29 mars 2021.

L'examen des résultats budgétaires des branches fait apparaître une gestion de statu quo, certaines apparaissant structurellement déficitaires alors que d'autres sont excédentaires chaque année. Le cas de l'accident du travail (AT), en excédent permanent, en est l'illustration. La Caisse avait bien envisagé de différencier le taux AT par secteur d'activité en fonction des risques recensés, mais cette perspective malgré son intérêt n'a pas prospéré par la suite. D'autres projets de réforme proposés par la Caisse n'ont pas davantage prospérés. Ainsi, les taux de cotisation ne sont pas forcément appréhendés dans une optique de juste prix de chacune des prestations. Sur cet aspect, la fongibilité en matière de trésorerie entre les branches prévue par les textes, utile par la souplesse qu'elle offre, ne doit pas empêcher la recherche de la viabilité financière de chaque risque, y compris le niveau de réserves, et la nécessaire transparence des comptes sociaux. La CPS a dû composer pour atténuer les déficits avec les outils que le Pays a mis règlementairement à sa disposition, même si parfois elle n'hésite pas à s'en écarter, comme prolonger au-delà des délais la cotisation patronale du fonds social de retraite exceptionnel (FSRE). La collectivité dans le même esprit a créé en 2019 un fonds de sauvegarde vieillesse, que la Caisse n'a jamais mis en œuvre, ce dispositif ayant été annulé par la justice administrative.

*Pour faire face aux effets de la crise sanitaire, Pays et État ont mobilisé des outils financiers (anticipation de remboursement de dotations du Pays pour 6,9 Mrds F CFP, et prêt bancaire garanti de 9,599 Mrds F CFP en octobre 2020), qui ont permis à la Caisse de disposer d'un niveau de trésorerie total de 26,1 Mrds F CFP en fin d'année 2020, contre 14,8 Mrds F CFP fin 2019. A cela s'est ajouté un prêt supplémentaire de 7,4 Mrds F CFP signé le 7 décembre 2021. A partir de 2026, l'annuité à rembourser devrait atteindre 1 Mrd F CFP, posant la question une nouvelle fois de son financement. **Cette situation exceptionnelle semble avoir provoqué l'émergence d'un cycle de réformes de la part du Pays alors même que la situation de la CPS est dégradée depuis plusieurs années. La Chambre prend acte de ces annonces, l'objectif étant de permettre la pérennité (voire l'amélioration) d'un système auquel adhère les polynésiens sans casser la nécessaire reprise économique, elle-même gage de nouvelles recettes.***

3 L'ASSURANCE MALADIE

Les fondements actuels de l'assurance maladie (maladie, maternité, longue maladie, chirurgie et invalidité) pour les salariés et les ayants-droits en Polynésie française ont été arrêtés depuis 1974¹³⁵.

Cette assurance comporte des prestations en espèces et des prestations en nature.

La délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instaurant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés a établi que les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel des frais engagés par l'assuré chez un praticien (médecin, chirurgien, spécialiste chirurgien-dentiste...), un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...), un pharmacien, un fournisseur d'appareillage, ainsi que des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement, d'hébergement et de transport. Elles comprennent également les soins et la surveillance par des intervenants qualifiés et conventionnés, des personnes invalides au sens de la réglementation sur l'invalidité, ou handicapées gravement touchées à plus de 70 % et des personnes atteintes de maladies aiguës.

L'essentiel de ces dispositions a été étendu vingt ans après aux ressortissants du RNS et du RSPF : un régime analogue a été mis en place en effet en 1994 pour les non-salariés¹³⁶. Une année plus tard, le risque maladie a été pris en charge pour les ressortissants du régime du RSPF¹³⁷.

Les dépenses en nature représentaient un budget de 51,1 Mrds F CFP en 2019.

Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raisons médicales. Elles ne concernent donc pas les bénéficiaires du RSPF. Le coût total est de 5,2 Mrds F CFP en 2019, contre 6,2 Mrds F CFP en 2020.

Avec près de 20 Mrds F CFP, le premier poste de dépenses de l'assurance maladie concerne les frais d'hospitalisation (hors évacuations sanitaire – « évasan »), suivi des frais médicaux (13,9 Mrds F CFP).

¹³⁵ Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

¹³⁶ Délibération n°94-170 du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie pour les non-salariés.

¹³⁷ Délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française.

Tableau n° 18 : Panorama des dépenses réalisées de l'assurance maladie tous régimes

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020
indemnités journalières	3 726 845 907	3 920 947 810	4 185 442 053	4 471 471 597	5 398 164 272
rentes	86 548 765	82 905 408	74 825 815	77 733 553	78 186 821
pensions d'invalidité	727 258 543	710 723 040	694 381 849	692 306 244	683 347 580
total prestations en espèce	4 540 653 215	4 714 576 258	4 954 649 717	5 241 511 394	6 159 698 673
CHT DGF	14 268 056 761	14 287 268 367	12 845 430 432	13 927 441 040	13 907 336 797
DOTATIONS ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS	2 960 000 000	2 966 000 000	2 966 000 000	2 966 000 000	2 999 790 000
HO HOSPITALISATION COM-MOD			1 383 140 546	1 500 000 000	1 500 000 000
FRAIS MEDICAUX	11 071 323 546	11 539 303 816	11 785 234 063	12 321 933 875	12 280 010 933
FRAIS DE PHARMACIE	6 109 250 252	6 493 567 755	6 915 277 441	7 145 419 317	7 256 849 250
FRAIS D'HOSPITALISATION LOCAL	1 338 046 846	1 337 316 411	1 419 441 465	1 396 154 024	1 410 041 399
FRAIS D'HOSPITALISATION EVASAN INTERNATIONAL	3 268 137 758	3 482 294 526	3 307 115 224	2 369 054 133	1 498 946 728
FRAIS D'ANALYSE	1 804 787 128	1 890 569 504	1 967 196 758	2 153 664 150	2 066 506 770
FRAIS DE SEJOUR & DEPLACEMENT LOCAL	1 753 759 484	1 660 841 166	1 937 839 172	2 147 935 321	2 046 534 905
FRAIS DE SEJOUR & DEPLACEMENT EVASAN INTERNATIONAL	778 661 866	843 564 669	863 542 594	800 085 739	665 199 246
FRAIS APPAREILLAGE & PROTHESES	2 312 450 106	2 393 025 568	2 671 018 995	2 899 875 310	3 081 091 705
FRAIS DENTAIRE	1 091 954 924	1 218 619 166	1 179 837 597	1 194 551 240	1 154 377 084
FRAIS AUTOPSIE & FUNERAIRES	162 508 964	188 113 112	181 883 486	203 184 044	212 580 164
FRAIS DE GESTION	4 032 521	7 239 199	5 303 332	5 688 244	3 139 698
HO MISSION D'EXPERTISE	33 444 780	33 444 780	33 444 780	33 456 780	33 444 776
AUTRE INTERMEDIAIRE	749 028	813 537	576 822	1 090 884	249 671
FONDS DE SANTE PUBLIQUE			287 740	52 900 001	86 029 800
total prestations en nature	46 957 163 964	48 341 981 576	49 462 570 447	51 118 434 102	50 202 128 926
total prestations de santé	51 497 817 179	53 056 557 834	54 417 220 164	56 359 945 496	56 361 827 599

Source : D'après CPS – ventilation des prestations au 30.08.2021.

La délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé a créé un ensemble de procédures, dont l'une d'entre elles vient intéresser la CPS. Ainsi, le gouvernement doit rédiger et présenter à l'Assemblée de la Polynésie française un rapport qui fait état en particulier de la situation sanitaire et dresse un bilan des programmes de prévention, accompagné d'une communication de la CPS sur le fonctionnement du dispositif conventionnel de l'année écoulée. La Caisse a indiqué que cette formalité n'a jamais été mise en œuvre par la collectivité, et qu'elle a ainsi produit, faute de sollicitations, ce type de document ponctuellement pour ses propres besoins.

La Caisse veillera dès lors à produire ces éléments de suivi et à les communiquer au Pays systématiquement.

Par ailleurs, cinq délibérations posent le cadre organisant les relations entre la CPS et les intervenants de santé : établissements de santé, médecins libéraux, professionnels de santé du secteur privé, pharmacies. Les conditions de mise en œuvre de ces textes sont examinées dans les paragraphes 3.4 et suivants.

Les membres de la commission de santé élargie (CSE) rencontraient, jusqu'à la mise en place de l'ARASS, les acteurs professionnels de la santé. Depuis 2019, c'est désormais ce service du Pays qui évalue les besoins, rend un arbitrage médico-économique, pour ensuite les présenter en CSE. Désormais, il a compétence sur les nomenclatures. Il reste à la CPS la conduite de la négociation tarifaire dans le cadre des commissions conventionnelles paritaires, sur la base de ces nomenclatures.

3.1 La CPS et les outils de planification du Pays en matière de santé

Le Pays a formalisé des outils de planification de l'offre sanitaire et médico-sociale dans lesquels il pose le double objectif de répondre au mieux aux besoins tout en cherchant à contenir les coûts.

Alors que le schéma médico-social n'a toujours pas vu le jour, les outils règlementaires de planification sanitaire ont évolué au cours de la période sous revue.

Dans sa délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2002, le Pays a prévu un schéma d'organisation sanitaire (SOS) et une carte sanitaire¹³⁸.

La délibération susmentionnée prévoyait que le directeur de la CPS avait qualité de membre titulaire de « la commission de l'organisation sanitaire¹³⁹ », présidée par le ministre de la Santé, en charge d'émettre un avis sur les deux outils cités précédemment¹⁴⁰. La direction de la CPS a confirmé sa participation à cette instance consultative.

En 2002, schéma et cartes avaient un objet identique, celui de « prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ». Pour cela, le SOS « détermine l'organisation et la répartition territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé ».

Par la suite, le Pays a défini un canevas général dans le domaine de la santé par délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé.

Le SOS a été formalisé en 2016 par délibération de l'Assemblée de la Polynésie française¹⁴¹.

¹³⁸ Créée par la délibération n°83-122 du 28 juillet 1983 instituant une carte sanitaire en Polynésie française.

¹³⁹ A remplacé la commission territoriale des équipements sanitaires créée par la délibération n° 89-14 AT du 13 avril 1989.

¹⁴⁰ Précisée par l'arrêté n° 283 CM du 6 mars 2003 relatif au fonctionnement de la commission de l'organisation sanitaire.

¹⁴¹ Délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021

Les dispositions de 2002 ont été renouvelées en janvier 2020. La loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française maintient le schéma d'organisation sanitaire, la carte sanitaire, ainsi que la commission de l'organisation sanitaire¹⁴². Le directeur de la CPS a conservé sa qualité de membre titulaire.

En 2020, le SOS « donne les orientations en matière d'organisation et de répartition géographique de l'ensemble de l'offre de soins, y compris en matière de prévention et de promotion de la santé, ainsi que de prévision d'évolution et d'objectifs opérationnels, en cohérence avec les stratégies de politiques publiques dans le domaine de la santé ».

La carte sanitaire « détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population ». La norme définie en 2005¹⁴³ a évolué en 2017¹⁴⁴, puis en 2020¹⁴⁵. Le schéma quant à lui fixe « l'organisation et la répartition territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire (...). Des schémas spécifiques peuvent être établis pour certaines activités de soins ou installations. »

Il est dès lors de l'intérêt de la CPS et du Pays que chaque partie participe activement à ces instances.

3.2 Évolution des modalités de prises en charge

La délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés a défini les modalités de prise en charge¹⁴⁶.

En complément, « La prise en charge des frais, dont la liste est limitative, résulte des délibérations des régimes, n° 44-98/CPS du 13 novembre 1998, n° 12-98/CG.RST du 6 novembre 1998 et n° 9-99/RNS du 4 juin 1999, prises en application des textes instituant les régimes d'assurance maladie, qui prévoient que la liste des frais dont la prise en charge est assurée par la Caisse relève de délibérations des régimes. Il revient donc aux conseils d'administration et comité de gestion de compléter la liste des frais remboursables »¹⁴⁷.

¹⁴² La composition de cette commission est renvoyée dans l'article Lp. 12 à un arrêté pris en conseil des ministres. Son fonctionnement et sa composition ont été définies par l'arrêté n° 873 CM du 26 juin 2020 relatif à la composition et au fonctionnement de la commission d'organisation sanitaire (COS).

¹⁴³ Arrêté n° 526 CM du 21 juillet 2005 déterminant les indices des besoins pour les lits et places, pour les équipements matériels lourds et pour les activités de soins, ainsi que l'arrêté n° 527 CM du 21 juillet 2005 déterminant le champ de la carte sanitaire.

¹⁴⁴ Arrêté n° 533 CM du 26 avril 2017 déterminant les indices des besoins pour les lits et places, pour les équipements matériels lourds et pour les activités de soins.

¹⁴⁵ Arrêté n° 1452 CM du 18 septembre 2020 relatif à la carte sanitaire, et arrêté n° 1453 CM du 18 septembre 2020 fixant la procédure d'autorisation en application de la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

¹⁴⁶ Modifiée sur cet aspect par l'article 1^{er} de la délibération n° 84-61 du 10 mai 1984, par la délibération n° 84-65 du 7 juin 1984.

¹⁴⁷ Procès-verbal du CA RGS du 26 janvier 2018.

3.2.1 L'unification entre les trois régimes de la longue maladie

Les articles 18 et suivants de la délibération n°74-22 du 14 février 1974 modifiée ont créé les prestations assurance longue maladie. Les deux autres régimes ont repris en grande partie le dispositif par la suite, mais deux modalités de la couverture de la longue maladie ont été différenciées entre les trois régimes jusqu'en 2017.

La durée de prise en charge et la liste des pathologies retenues dans les textes organisant chaque régime ont été harmonisées par la loi de Pays n°2017-45 du 28 décembre 2017. Les textes relatifs au RNS¹⁴⁸ et au RSPF¹⁴⁹ en matière de longue maladie ont renvoyé aux dispositions fixées par le RGS¹⁵⁰, lui-même modifié.

En ce qui concerne les critères de définition de la longue maladie, à l'origine, le RNS renvoyait au RGS qui avait fixé une liste fermée de pathologies. S'agissant du RSPF, la liste des affections de longue durée a été établie par l'arrêté n°1400 CM du 30 décembre 1994.

Cependant, la loi du Pays n°2017-45 a abrogé des dispositions spécifiques au régime des salariés relative à la durée triennale de versement des indemnités journalières (IJ), au risque de priver des assurés en arrêt de travail de longue durée de leur indemnisation en cours et d'affecter leurs droits à la retraite. La même loi de Pays a renvoyé pour son application, dans les trois régimes, à une liste d'affections ainsi qu'à une liste de médicaments dont l'efficacité ne justifie plus une prise en charge totale établies par arrêté ministériel ; celles-ci n'ont toujours pas été adoptées à ce jour.

De fait, la prise en charge des assurés admis au bénéfice de la longue maladie reste provisoirement régie par la réglementation antérieure. Fin novembre 2019, la CPS a saisi le Pays d'une proposition de rénovation complémentaire du texte par une loi du Pays intégrant le rétablissement de la durée de versement des IJ, le détail de la composition de la liste à venir (pathologie-critères médicaux et durée de prise en charge), la réintroduction de la possibilité de prises en charge dérogatoire de soins onéreux avec engagement du pronostic vital pour des pathologies hors liste, la redéfinition du périmètre de la prise en charge, complétée d'une proposition de projet d'arrêté CM.

A cet effet, un dossier a été adressé à deux reprises, en 2017 et 2019, au ministre en charge de la Santé, mais le dossier est toujours en cours d'instruction à l'ARASS. La CPS a indiqué qu'elle comptait envoyer un courrier de relance directement à l'ARASS fin 2021, et qu'elle a sollicité la tenue d'une réunion de travail.

Pour le reste, la prise en charge est désormais identique entre les trois régimes.

¹⁴⁸ Cf. les articles 24 et 25 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées.

¹⁴⁹ Cf. les articles 25 à 27 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française.

¹⁵⁰ Cf. les articles 18 et suivants de la délibération n°74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

3.2.2 La réforme de 2018

Le conseil d'administration de la CPS a adressé au gouvernement en juin 2011 un ensemble de propositions en vue de mieux maîtriser les dépenses de santé et d'améliorer la qualité de la prise en charge¹⁵¹. Il a d'ailleurs intégré, sans attendre, certains outils qu'il avait envisagés dans la convention avec les médecins libéraux rédigée à la même époque (cf. le § 3.6.2.). Le gouvernement a rédigé un projet de loi de Pays en 2012, qui reprenait les principes généraux formulés par la CPS. Saisie pour avis par le ministre de la Santé, elle avait donné réponse le 23 juillet 2012.

Le projet n'a pas prospéré jusqu'en 2016, jusqu'à sa reprise dans les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de la santé en Polynésie française, et dans le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, adoptés par l'Assemblée de la Polynésie française. Il s'agit de la mise en œuvre de trois principes :

- position centrale du médecin généraliste ;
- coordination des soins autour du médecin traitant par le biais du parcours de soins ;
- instauration du panier de soins.

C'est en 2018¹⁵² que le Pays a procédé, pour partie, aux évolutions réglementaires correspondantes. Le parcours de soins est une prise en charge coordonnée par le *médecin traitant* des consultations, qui adresse son patient aux professionnels de santé ou/et aux prestataires de produits ou de prestations remboursables lorsqu'il estime nécessaire.

Les assurés de plus de 16 ans doivent désormais déclarer à la CPS un médecin traitant¹⁵³. Dans l'avenant conventionnel que les médecins ont signé début 2019, ils s'engagent à remplir le formulaire avec le patient et à le télétransmettre à la CPS. En dehors du parcours de soins coordonnés ou si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, le ticket modérateur (reste à charge de l'assuré) est majoré de 20 points¹⁵⁴ soit de 30 à 50 % pour l'assurance maladie et de 5 % à 25 % uniquement pour les consultations et visites à domicile du médecin pour l'assurance longue maladie, le patient en longue maladie bénéficiant d'une exonération totale de ticket modérateur.

Cette réforme qui devait être mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2020, a été repoussée au 1^{er} janvier 2021 (cf. l'arrêté n° 587 CM du 22 mai 2020). Ce serait notamment, selon la Caisse, le résultat d'une demande des pharmaciens du 11 décembre 2019, pour des questions de paramétrage de leurs logiciels.

S'agissant des paniers de soins¹⁵⁵ pour un besoin médical donné (nombre et nature des actes, prescriptions et prestations prises en charge par le régime), dans le cas où le patient prend la décision d'aller au-delà, il ne bénéficie pas de la prise en charge par l'assurance maladie.

La CPS, à raison, assure un travail de suivi des effets de la réforme.

¹⁵¹ Cf. page 19 du PV du CA du 17 janvier 2017.

¹⁵² Loi du Pays n° 2018-14, en vigueur depuis le 16 octobre 2018, relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins.

¹⁵³ Arrêté n° 738, CM du 16 mai 2019 relatif aux modalités de désignation du médecin traitant.

¹⁵⁴ Arrêté n° 739 CM du 16 mai 2019 relatif à la modulation de la prise en charge par les différents régimes de protection sociale polynésiens des actes, prescription et prestations, modifié par l'arrêté n° 587 CM du 22 mai 2020.

¹⁵⁵ Arrêté n° 740 CM du 16 mai 2019 relatif aux paniers de soins.

Le CA du RGS, en séance du 27 août 2021, a indiqué que 114 000 ressortissants n'ont pas de médecin traitant sur un total de 259 000, soit un taux de 44 %. Il a adopté dans sa délibération le principe d'un rattachement d'office (délibération n°17-2021/CPS).

En outre, la CPS a au cours des premiers mois de mise en œuvre de la réforme considéré que sans médecin traitant, les actes dispensés par les professionnels de santé, notamment ceux cités à l'article LP. 23 de la loi du Pays susvisée, comme les chirurgiens-dentistes, subissent une minoration du remboursement. Le CA du 27 août 2021 a constaté une différence d'interprétation avec le ministère de la Santé sur ce point. **Le lien entre parcours de soins et désignation du médecin traitant n'a visiblement pas fait l'objet d'échanges suffisants entre les professionnels, le Pays et la CPS, ce qui interroge la Chambre à propos de la qualité de la coordination entre eux d'une réforme aussi importante pour les assurés.**

Des ressortissants se sont donc ainsi vus notifier une prise en charge réduite de leurs soins chez un chirurgien-dentiste ou chez un pédiatre pour leur enfant, car aucun médecin traitant n'avait au préalable, été enregistré dans les bases de la CPS, parfois pour quelques jours de décalage.

La Chambre regrette que la loi du Pays n'ait pas prévu de période transitoire pour une réforme aussi large qui concerne toute la population de la Polynésie française. Les 10 années d'atermoiements ne peuvent pas justifier l'absence de cet aménagement, qui n'a d'ailleurs pas été sollicité par la CPS, qui apparaît à cette occasion bien loin des contingences quotidiennes des ressortissants et des professionnels de santé.

A cet égard, plus de 30 000 trop perçus ont été constatés par la CPS, correspondant à la différence entre la prise en charge au taux normal (70 %) et le taux minoré pour cause d'absence de médecin traitant désigné (50 %).

3.2.3 La réglementation des tarifs de remboursement

Le principe de la prise en charge des actes des professionnels de santé du secteur privé à partir d'une cotation réglementaire ou conventionnelle (nomenclature) a été posé depuis la création du régime actuel d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés en 1974¹⁵⁶.

Le principe et les modalités de la codification des actes médicaux ont été définis par la délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 relative à l'instauration d'une codification des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en Polynésie française. Cette nomenclature est arrêtée par le conseil des ministres, après avis de la CPS, et de l'ARASS depuis sa mise en place depuis 2018¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Cf. l'article 10 de la délibération n°74-22.

¹⁵⁷ Cf. l'article 6 de l'arrêté 1822 CM du 12 octobre 2017 modifié : « il contribue à l'élaboration des nomenclatures des actes professionnels ».

Les actes de soins sont ainsi cotés conformément à une codification et remboursés suivant leur valeur fixée par convention entre les praticiens et la CPS (tarif conventionnel ou tarif de responsabilité) ou éventuellement par arrêté pris en conseil des ministres (tarif d'autorité)¹⁵⁸. Le cadre conventionnel a été fixé par la délibération n°95-109 AT du 3 août 1995 modifiée qui établit le rôle en amont de la CPS dans ce domaine. Les conventions font l'objet d'un arrêté pris en conseil des ministres. L'ARASS, pour autant, participe à la mise en place des dispositifs conventionnels des professionnels de santé.

Les tarifs d'autorité servent de base au remboursement des honoraires et des frais des praticiens non conventionnés ou déconventionnés. L'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 plusieurs fois modifié¹⁵⁹ fixe des tarifs d'autorité par acte pour ceux qui sont dispensés par des praticiens médicaux et paramédicaux non conventionnés.

Pour les actes non cotés ou pour ceux dont la cotation renvoie à cette formalité (ex. stomatologie, transports), la prise en charge par la CPS ne peut avoir lieu qu'après accord préalable du contrôle médical¹⁶⁰.

L'article 2 de l'arrêté n° 446 CM du 27 mars 2019 relatif à la codification polynésienne des actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux indique que leurs actes sont classés par une codification et deux nomenclatures.

La situation actuelle est quelque peu complexe.

- la codification polynésienne des actes médicaux (CPAM) dresse la liste des actes qui sont répertoriés par code, et assortis pour chacun d'une lettre clé. Le produit de la lettre clé par sa valeur fixe le tarif de remboursement (tarif d'autorité). Cette liste permet aussi de connaître les conditions de prise en charge. Il s'agit d'une copie de la classification commune des actes médicaux (CCAM) métropolitaine instaurée en 2005. Instituée en Polynésie française en 2012¹⁶¹, à partir de la version nationale n°28, la version n°1 locale a fait l'objet de tests les deux premières années en cabinets et dans les établissements avec un double codage, pour négocier et valider notamment le coefficient "géographique" à appliquer sur les tarifs d'autorité (1,40).

La CPAM n'a ainsi été réellement utilisée, et à l'exclusivité des seuls médecins, qu'à compter de 2014, sur la base de l'arrêté n° 331 CM du 27 février 2014.

¹⁵⁸ Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 relative à l'instauration d'une codification des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en Polynésie française.

¹⁵⁹ Cf. notamment par l'arrêté n°1914 CM du 21 décembre 2012 et plus récemment, l'arrêté n° 477 CM du 29 mars 2019 modifiant l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 fixant les tarifs d'autorité de la caisse de prévoyance sociale pour les actes dispensés par des praticiens médicaux et paramédicaux non conventionnés, dont l'entrée en vigueur a été repoussée au 1^{er} septembre 2019 par l'arrêté n°867 CM du 6 juin 2019, art. 3.

¹⁶⁰ Cf. l'article 7 de l'arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019 relatif à la nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP) applicable aux auxiliaires médicaux et à certains actes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

¹⁶¹ Arrêté n°45 CM du 18 janvier 2012 modifié (arrêté n°476 CM du 29 mars 2019) relatif à la codification polynésienne des actes médicaux et fixant les tarifs d'autorité de ces actes.

Une première mise à jour a été effectuée en 2018¹⁶², à partir de la version CCAM n°51, toujours utilisée exclusivement par les médecins. En 2019¹⁶³, la nomenclature CPAM (CCAM 51) a été étendue à l'ensemble des autres professionnels de santé à l'exception de deux professions. Faute de CPAM, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes ne pouvaient coder leurs actes que sous l'ancienne nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP), sur la base de tarifs gelés depuis 1995, organisée par lettres-clés et un coefficient géographique de 1,69. L'arrêté n°476 CM du 29 mars 2019 modifiant l'arrêté relatif à la CPAM a fixé l'entrée en vigueur de la CPAM pour les chirurgiens-dentistes à compter du 1^{er} janvier 2020, et a inséré une nouvelle nomenclature pour cette activité. L'entrée en vigueur de la «CPAM dentaire et des sages-femmes» a été reportée à six reprises pour être effective le 1^{er} octobre 2021¹⁶⁴. Depuis cette date, le codage des actes de médecine bucco-dentaire est soumis à la CPAM (version n°61 métropolitaine), à l'exception toutefois de certains actes de consultation et d'actes d'orthodontie qui restent cotés selon la NPAP.

A fin 2021 donc, la CPAM applicable aux professionnels de santé correspond à la version CCAM 51 de métropole à l'exception des chirurgiens-dentistes qui utilisent la version CCAMv61. En 2021, la version nationale utilisée est la 67.

Les mises à jour effectuées localement ne suivent donc pas le rythme de celles réalisées en métropole, au risque notamment de ne pas prendre en compte certaines variations tarifaires. Depuis la création de l'ARASS qui a désormais le rôle de pilotage des nomenclatures, la CPS a indiqué transmettre ses projets de mise à jour, pour qu'ils fassent l'objet d'un arrêté pris en conseil des ministres.

L'avenant n°7 du 1^{er} février 2021 de la convention signée avec les sages-femmes libérales, sans revenir sur le calendrier initial de l'article 26, a instauré pour cette profession la NGAP (arrêté n°447 CM du 27 mars 2019 modifié) et la CPAM (arrêté n°45 CM du 18 janvier 2012 modifié).

- la NPAP fixe depuis le 1^{er} septembre 2019 les actes des auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques et certains actes techniques des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes, qui ne sont pas inscrits à la CPAM¹⁶⁵. La précédente nomenclature (NGAP) datait de 2003.

- la nomenclature des actes de biologie médicale de Polynésie française (NABM-PF) a été établie en 2012¹⁶⁶. Actualisée régulièrement entre mars 2014 et septembre 2016, mais pas depuis, elle regroupe les examens d'analyses. Les tarifs sont gelés depuis 2012.

A cet ensemble, il faut ajouter la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), cf. le § 3.8.

¹⁶² Arrêté n° 1141 CM du 2 juillet 2018.

¹⁶³ Arrêté n° 476 CM du 29 mars 2019.

¹⁶⁴ L'entrée en vigueur de la « CPAM dentaire » prévue au 1^{er} janvier 2020 par arrêté 476 CM du 29 mars 2019 a été reportée au 1^{er} janvier 2021 par arrêté n° 862 CM du 26 juin 2020, puis au 1^{er} avril 2021 par arrêté n° 2544 du 23 décembre 2020, puis au 1^{er} octobre 2021 par arrêté n° 1427 CM du 30 juillet 2021.

¹⁶⁵ Arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019 relatif à la nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP) applicable aux auxiliaires médicaux et à certains actes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

¹⁶⁶ Arrêté n° 42 CM du 12 janvier 2012 fixant la nomenclature des actes de biologie médicale de Polynésie française.

Celle-ci comprend les dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide, les aliments diététiques, les articles pour pansements, les orthèses et prothèses externes, les dispositifs médicaux implantables, les véhicules pour les personnes handicapées physiques, les prestations d'oxygénothérapie, notamment. Cette liste de 1 000 pages ne serait pas complète selon la CPS, empêchant en particulier le CHPF de facturer les articles hors DGF. Le remboursement aux assurés est calculé à partir des prix réellement facturés, dans la limite d'un tarif de responsabilité fixé par arrêté pris en conseil des ministres après avis de la CPS.

En conséquence de ce qui précède, et au vu des enjeux pour l'assurance maladie et pour les professionnels de santé, la Chambre invite la CPS, même si elle n'est plus pilote dans ce domaine, à assurer un suivi régulier des nomenclatures et à saisir en tant que de besoin les autorités compétentes du Pays de façon formelle, afin de leur demander de disposer d'un cadre homogène et à jour pour l'ensemble des professionnels de santé qui y sont soumis.

3.3 Les prestations en espèce

Les prestations en espèce sont versées sous la forme d'indemnités journalières¹⁶⁷, de rentes, ou de pensions selon la nature de l'incapacité de travail (temporaire ou permanente) du salarié. Elles concernent donc essentiellement le RGS.

Les non-salariés qui exercent une activité professionnelle peuvent également adhérer volontairement au régime des accidents du travail et des maladies professionnelles des travailleurs salariés.

Tableau n° 19 : Répartition des prestations en espèce exprimée en valeur

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Indemnités journalières	3 726 845 907	3 920 947 810	4 185 442 053	4 471 471 597	5 398 164 272	45%
Rentes	86 548 765	82 905 408	74 825 815	77 733 553	78 186 821	-10%
Pensions d'invalidité	727 258 543	710 723 040	694 381 849	692 306 244	683 347 580	-6%
Total prestations en espèce	4 540 653 215	4 714 576 258	4 954 649 717	5 241 511 394	6 159 698 673	36%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Les prestations en espèces du régime d'assurance maladie des personnes non-salariées sont toutefois distinctes de celles prévues pour les assurés du RGS.

¹⁶⁷ Cf. l'article 6 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés : « Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raison médicale. »

Tableau n° 20 : Répartition des prestations en espèce exprimée en nombre de journées indemnisées

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Indemnités journalières	565 286	598 327	642 267	675 496	779 110	38%
Rentes	24 436	22 587	21 169	21 781	22 151	-9%
Pensions d'invalidité	728 294	724 485	718 094	713 608	699 799	-4%
Total prestations en espèce	1 318 016	1 345 399	1 381 530	1 410 885	1 501 060	14%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Les prestations sont versées par la CPS à la condition que l'employeur ou le non-salarié soit à jour de ses cotisations sociales au jour de l'événement. Cette exigence fait l'objet de contrôles automatiques dans la base de données des paiements. Si les versements ne sont pas à jour, le mandat est émis mais suspendu.

Face à des événements qui restent exceptionnels, les petites entreprises et les non-salariés, peu dotés en compétences RH, peuvent éprouver des difficultés à renseigner les formulaires de demande. Les documents incomplets ou mal renseignés font l'objet d'un rejet. La CPS a indiqué offrir un service individualisé pour mieux prendre en compte ces cas de figure. Elle a communiqué un taux de rejets entre 2018 et 2021 compris entre 0,13 % (2019) et 1,43 % (2021).

Il ressort du bilan AT MP dressé en 2020 que les « statistiques en accident du travail et maladies professionnelles étaient sur une tendance à la baisse jusqu'en 2014. Depuis 6 ans, les chiffres repartent à la hausse, passant de 2 146 sinistres en 2014 à 2 634 sinistres en 2019. »

Les objectifs et les actions de la CPS pour contenir les dépenses AT MP se limitent à l'utilisation du fonds de prévention (cf. le § 1.3.1.). Cette approche n'est donc pas suffisante.

Dès lors, la Chambre ne peut qu'inviter la Caisse à renouveler sa politique de prévention en matière d'accident du travail et maladies professionnelles, et à renforcer ses contrôles.

3.3.1 Les prestations en espèce pour cause de maladie et de longue maladie

Les modalités de prise en charge de la maladie sont définies par un ensemble fourni de textes du RGS.

Les salariés¹⁶⁸ perçoivent des indemnités journalières qui se substituent au salaire, en cas d'arrêt de travail pour maladie prescrit par un médecin. Elles peuvent être perçues au maximum pendant 18 mois. Le montant et les modalités de prise en charge dépendent des délais d'inactivité :

¹⁶⁸ Délibération 74-22 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des salariés, l'article 7 et suivants – la loi de Pays n°2011-15 du 4 mai 2011 relative à la codification du droit du travail (Code du travail de la Polynésie française, art. LP. 3332-8 et suivants).

- 100 % du salaire réel antérieur dans la limite du plafond soumis à cotisations applicables en maladie (5 000 000 F CFP en 2021) les trois premiers jours par l'employeur, sans remboursement par la CPS des indemnités versées par l'employeur (délai de carence¹⁶⁹) ;
- Entre le 4^{ème} et le 30^{ème} jour d'arrêt, les indemnités journalières de 100 % du salaire réel antérieur dans la limite du plafond sont payées par l'employeur et sont remboursées par la CPS à condition qu'il soit à jour de ses règlements des cotisations sociales ;
- À partir du 31^{ème} jour d'arrêt, elles sont servies directement par la CPS et sont égales à 75 % du salaire antérieur dans la limite du plafond, montant qui est porté à 80 % si l'assuré à un enfant à charge, 85 % avec 2 enfants à charge, et 90 % avec 3 enfants et plus à charge.

La CPS a précisé que certaines conventions collectives peuvent être plus favorables aux salariés, en incluant des durées de prise en charge plus longues. Dans ces conditions, les prestations supplémentaires octroyées sont financées par l'employeur.

En cas de longue maladie, les indemnités journalières sont versées jusqu'à trois années à partir du 31^e jour d'arrêt. Le montant est égal à 75 % du salaire antérieur dans la limite du plafond, majoré de 1/10^{ème} de 87 346 F CFP¹⁷⁰ par enfant à charge au sens des prestations familiales.

Au vu des données communiquées, la tendance à la hausse observée depuis 2016 se confirme en 2020.

¹⁶⁹ Délibération n°74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des salariés, l'article 7 et suivants, et les articles Lp. 3332-8 et suivants de la loi de Pays n°2011-15 du 4 mai 2011 relative à la codification du droit du travail (Code du travail de la Polynésie française, art. LP. 3332-8 et suivants).

¹⁷⁰ Montant de référence substitué au SMIG par la délibération n°96-109 APF du 12 septembre 1996 portant désindexation des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations.

Tableau n° 21 : Indemnités journalières tous régimes

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Montant annuel versé des indemnités journalières maladie	2 942 794 589	3 097 671 045	3 265 940 619	3 522 180 423	4 434 391 773	51%
Journées indemnisées	418 885	444 712	471 655	500 188	603 961	44%
Nbre de bénéficiaires	21 101	21 018	21 200	23 019	26 072	24%
Nbre de prise en charge entre le 4° et le 30° jour	20 734	20 612	20 727	22 485	25 501	23%
Nbre de prise en charge à partir du 31° jour AM	2 885	2 924	3 200	3 397	3 823	33%
Nbre de prise en charge à partir du 31° jour LM	399	415	391	418	437	10%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021. Nb d'arrêts maladie avec un taux de remboursement=100%.

En août 2021, la CPS a pu constater une augmentation très significative du nombre d'arrêt de travail pour cause de maladie, donnant lieu, de sa part notamment, à reconsidérer ses procédures de contrôle (cf. le § 1.5.4.2).

3.3.2 Les prestations en espèce pour maladie professionnelle et accident du travail

Des prestations en espèce sont prévues suite à un arrêt de travail pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail. Le premier jour d'arrêt est à la charge de l'employeur¹⁷¹.

Les prestations en espèces du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles comprennent l'indemnité journalière due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail, la rente due à la victime atteinte d'une incapacité permanente de travail après consolidation et en cas de décès, les rentes dues aux ayants droit de la victime.

¹⁷¹ Article 34 de la délibération n°61-124 du 24 octobre 1961.

Les affections aiguës ou chroniques considérées comme maladies professionnelles sont définies par arrêté pris en conseil des ministres¹⁷². L'arrêté en question dans sa dernière version a été pris en 2013¹⁷³. Ces tableaux déterminent pour chaque affection identifiée un délai de prise en charge.

L'incapacité temporaire donnant lieu à un arrêt de travail pour cause de maladie professionnelle ou d'accident du travail permet le versement d'indemnités journalières par la CPS jusqu'à guérison ou consolidation. Elles sont égales à 100 % du salaire journalier les 60 premiers jours d'arrêt, et à 80 % à partir du 61e jour d'arrêt, taux porté à 95 % si l'assuré a trois enfants à charge ou plus au sens des prestations familiales.

La CPS ne distingue pas dans ses traitements statistiques les indemnités journalières et les rentes selon l'origine, maladie professionnelle ou accident du travail, ce qui limite fortement l'analyse et les enseignements qui peuvent en être tirés pour définir une stratégie en la matière.

La Caisse doit affiner le traitement et l'analyse de ses données pour lui permettre de cibler davantage ses actions.

Tableau n° 22 : Indemnités journalières pour accident du travail et maladie professionnelle RGS

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Montant annuel des indemnités journalières AT & MP	386 684 881	423 400 186	495 949 536	511 275 010	541 993 233	40%
Journées indemnisées	54 905	65 086	78 138	78 306	80 698	47%
Nbre de bénéficiaires	1 324	1 400	1 477	1 320	1 196	-10%
Nbre de prise en charge jusqu'au 60° jour	1 233	1 314	1 367	1 185	1 071	-13%
Nbre de prise en charge au-delà de 61 jours	278	310	365	389	365	31%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021. Nb d'arrêts maladie avec un taux de remboursement=100%.

L'incapacité permanente prononcée suite à une maladie professionnelle ou à un accident du travail donne lieu au versement d'une rente viagère d'incapacité permanente partielle (IPP) ou totale. Son montant dépend du salaire perçu au cours des 12 mois qui ont précédé l'accident ou la maladie professionnelle ayant entraîné l'arrêt de travail et le taux d'incapacité permanente fixé par le médecin conseil de la CPS en accord avec le médecin traitant.

¹⁷² Cf. l'article Lp. 4161- 1 de la loi du Pays n° 2011-15 du 4 mai 2011 relative à la codification du droit du travail.

¹⁷³ Arrêté n° 581 CM du 26 avril 2013 modifiant les tableaux des maladies professionnelles, prévus à l'article A.4161-1 du code du travail.

Les montants octroyés varient selon l'étendue de l'incapacité¹⁷⁴. En l'absence de barème local, les services de la CPS s'appuient sur le code de la sécurité sociale métropolitain pour fixer le taux d'incapacité en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle¹⁷⁵.

Tableau n° 23 : Rentes pour maladie professionnelle et accidents du travail RGS

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Montant annuel des rentes AT & MP	723 116 755	706 821 312	690 960 241	688 884 636	679 925 972	-6%
Nbre de bénéficiaires	2 029	2 035	2 018	1 986	1 937	-5%
Nbre de bénéficiaires ayants-droits	187	196	196	196	192	3%
Nbre de bénéficiaires IPP < 5%	3 354	3 438	3 509	3 329	3 175	-5%
Nbre de bénéficiaires IPP de 6 % à 66%	1 660	1 652	1 632	1 591	1 558	-6%
Nbre de bénéficiaires IPP > 66%	79	78	76	77	75	-5%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021. Nb d'arrêts maladie avec un taux de remboursement=100%.

Les assurés âgés de moins de 50 ans dont le taux d'incapacité atteint au moins 70 % peuvent demander à bénéficier d'une pension d'invalidité. Le montant mensuel, qui ne peut pas être fixé en-deçà du minimum vieillesse, dépend de la nécessité ou pas de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante. Les assurés qui ne peuvent pas exercer une activité professionnelle perçoivent une indemnité égale à 50 % du salaire en référence aux revenus pendant les 12 mois ayant précédé l'interruption du travail (groupe 1). Ceux qui ont en outre besoin d'une assistance à domicile reçoivent une pension majorée du salaire minimum garanti (groupe 2).

La pension d'invalidité qui est une prestation à caractère temporaire, prend fin à l'âge à partir duquel le droit à pension de retraite anticipée pour inaptitude au travail du régime de retraite des travailleurs salariés est ouvert. Elle est remplacée automatiquement par la pension de retraite allouée en cas d'inaptitude au travail¹⁷⁶.

¹⁷⁴ Les prestations en espèces sont organisées par la délibération n° 61-124 du 24 octobre 1961 modifiée fixant les modalités d'application du décret modifié n° 57-245 du 24 février 1957 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

¹⁷⁵ Pour les accidents du travail, annexe I – barème indicatif d'invalidité en application de l'article R. 434-32 ; pour les maladies professionnelles, annexe II, barème indicatif d'invalidité (code national de la sécurité sociale).

¹⁷⁶ Qui est versée depuis février 2019 dans un objectif de simplification des procédures, le 1^{er} jour du mois qui suit la date anniversaire.

La CPS ne distingue pas dans ses statistiques les indemnités versées aux groupes 1 et 2, ni le nombre de bénéficiaires. L'analyse est donc réduite à constater une diminution tendancielle du nombre de journées et des montants versés.

A l'identique de l'observation précédente, la Caisse doit affiner son suivi pour lui permettre de cibler davantage ses actions.

Tableau n° 24 : Pension d'invalidité RGS

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
Indemnités versées	727 258 543	710 723 040	694 381 849	692 306 244	683 347 580	-6%
Nbre de jours indemnités	728 294	724 485	718 094	713 608	699 799	-4%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Les non-salariés qui exercent une activité professionnelle peuvent contracter une assurance volontaire auprès de la CPS au titre des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Les modalités d'octroi des prestations en espèce sont distinctes de celles prévues pour les assurés du RGS. Les prestations en espèces sont celles prévues par le décret n°57-245 du 24 février 1957 pour les salariés à l'exception de l'indemnité journalière. En effet, celle-ci est égale, pendant toute la période d'incapacité temporaire où elle doit être versée, aux deux tiers du salaire journalier découlant du salaire annuel servant de base au calcul des cotisations¹⁷⁷.

Un délai de carence de 14 jours pendant lequel la CPS ne verse pas d'indemnités journalières est prévu, porté à 29 jours pour le troisième arrêt maladie consécutif. La prise en charge est plafonnée à 18 mois pour une période de trois années consécutives.

Les indemnités sont répertoriées comme des prestations familiales (cf. le § 5.1).

3.3.3 Les indemnités journalières pour maternité

Le congé maternité des femmes salariées ouvre droit au versement d'une indemnité journalière égale à 100 % de la moyenne de la rémunération des trois derniers mois effectivement travaillés dans la limite du plafond soumis à cotisations¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Délibération n°61-124 du 24 octobre 1961, art.5.

¹⁷⁸ Cf. l'article 13 de l'arrêté n° 1335 i.t. du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés de la Polynésie française, complété notamment par l'arrêté n° 158 CM du 24 février 2006 relatif à la détermination de l'indemnité journalière versée à la salariée en congé de maternité.

La prise en charge de l'indemnité journalière perçue par la femme salariée pendant son congé maternité s'effectue respectivement à hauteur de 60 % et 40 % sur les branches assurance maladie et prestations familiales¹⁷⁹.

La durée du congé de maternité est fixée à 16 semaines consécutives, soit six semaines avant la date présumée d'accouchement et 10 semaines après. Le délai peut être porté à 19 semaines sur justificatif médical.

Tableau n° 25 : Indemnités journalière maternité RGS hors prestations familiales (40%)

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation 2016-2020
Nbre de bénéficiaires RGS	1 054	1 018	1 082	1 113	1 090	3%
Montant annuel versé	397 366 437	399 876 579	423 551 898	438 016 164	421 779 266	6%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Les assurées au titre du RNS et du RSPF perçoivent des indemnités au titre des prestations familiales (cf. le § 5.1.1.).

La femme non salariée ayant cessé son activité en raison de son état de grossesse et subissant une perte de revenus professionnels, perçoit une indemnité journalière égale à 60 % de son revenu professionnel soumis à cotisation pour une période de congés de maternité similaire¹⁸⁰.

3.4 Les soins en établissements de santé

Le service public hospitalier est assuré par les établissements d'hospitalisation publics et par les établissements d'hospitalisation privés agréés par arrêté pris en conseil des ministres¹⁸¹.

¹⁷⁹ Loi du Pays n° 2006-4 du 25 janvier 2006 portant modification de l'article 13 de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié, de l'article 44 de l'arrêté n° 1385 IT du 10 octobre 1956 modifié fixant le règlement intérieur de la Caisse, et de l'article 17 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

¹⁸⁰ Délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994 instituant les prestations familiales pour le régime de non-salariés, articles 27-1 et suivants.

¹⁸¹ Cf. l'article 9 de la délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 modifiée portant réforme du système hospitalier.

Ils ont pour objet de dispenser¹⁸² :

- avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie, et des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;
- des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Les dotations versées aux établissements hospitaliers et aux cliniques représentent près de la moitié des prestations d'assurance maladie.

Dans tous les services médicaux hospitaliers relevant de la direction de la Santé publique et au centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec la CPS, les remboursements aux patients s'effectuent sous la forme du tiers payant¹⁸³.

3.4.1 Le système d'information médicalisée

Depuis 1998, les établissements hospitaliers publics et privés doivent, dans le cadre d'un partenariat étroit avec la CPS, avoir mis en place un système d'information médicalisée destiné à décrire l'activité médicale en fonction des pathologies et des modes de prise en charge. Les systèmes d'information et de communication utilisés doivent être compatibles entre eux. Le codage des pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies doit être identique pour l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de santé¹⁸⁴.

En pratique, les systèmes d'information des différents intervenants de la chaîne de soins et de sa prise en charge, direction de la Santé, établissements de soins publics et privés, ARASS, et CPS, ne sont toujours pas compatibles complètement entre eux.

Concomitant au projet de la caisse de dématérialisation des procédures et des documents qui reste en devenir, ce chantier de mise en réseau doit être une priorité collective pour lequel la CPS pourrait être force de propositions. Une fois de plus, la Chambre invite la CPS à s'emparer de ce sujet structurant pour améliorer la qualité de son pilotage.

Par ailleurs, la Caisse a indiqué qu'elle ne produit pas de tableau de bord de suivi par établissement de santé, mais qu'elle rédige un rapport annuel à partir de données transmises par le CHPF et par les cliniques privées. Les données sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

¹⁸² Cf. l'article 5 de la délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 portant réforme du système hospitalier.

¹⁸³ Cf. l'article 22 de la délibération n°74-22 du 14 février 1974.

¹⁸⁴ Cf. l'article 7 de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé et les articles 3, 5 et 6 de la délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des établissements de santé.

Les pièces communiquées (un rapport sur le CHPF 2018-2019 et un rapport sur les cliniques privées 2016-2019) pour justifier de la production de ces rapports annuels font apparaître les manques suivants :

- concernant le CHPF, les PMSI sont transmis trop tardivement, les rapports annuels sont donc produits dans des délais longs. (cf. le § 3.4.2.1.). Le PMSI du CHPF n'est pas contrôlé préalablement à la production d'un document du reste très succinct. Seul un document 2018-2019 a été transmis, qui fait état du recueil de données sur les seuls 1^{er} semestres 2018 et 2019. Les analyses statistiques sont limitées au cadre annuel, les taux de variation sont calculés pour l'année observée. Au surplus, la direction de la Caisse a indiqué que la documentation budgétaire produite par l'hôpital ne mentionne pas les mêmes données financières que la sienne concernant les dotations annuelles payées par les régimes sociaux ;

- concernant les établissements privés, certains établissements de soins comme le centre Te Tiare et le SSRP sont exclus du rapport annuel. La Caisse justifie cette situation par la facturation à la journée qui leur est appliquée, ce qui empêche la production d'un PMSI. Sur cet aspect, la CPS a indiqué qu'un PMSI sera mis en place dans ces deux établissements prochainement.

Face à ces constats, la Chambre ne peut que demander à la Caisse de rationaliser et d'uniformiser la production de données émanant de l'ensemble des établissements de soins, dans la perspective de produire des statistiques de veille et de prospective dans une approche pluriannuelle. En matière budgétaire, elle doit se rapprocher davantage du CHPF pour croiser les informations budgétaires, afin d'instituer un véritable dialogue de gestion. Elle veillera particulièrement à mettre à disposition ces résultats statistiques et comptables aux établissements participants, dans le cadre d'une politique équilibrée de partenariat, qui pour être utile, nécessite une pleine transparence (politique de données ouvertes, cf. le § 1.2.).

3.4.2 Le centre hospitalier de la Polynésie française

Le CHPF traite une grande partie des activités de soins, pour le reste, les patients sont adressés à des établissements en métropole et en Nouvelle-Zélande.

Il ne dispose pas de la chaîne complète de prise en charge, certains services en aval étant absents tels que les soins de suite. Ce domaine a été investi depuis quelques années par des structures de droit privé.

La délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des établissements de santé fixe le cadre de la prise en charge par les régimes sociaux des soins dispensés par les établissements. Le texte pose le principe du financement par des dotations globales forfaitaires à partir du 1^{er} juillet 1999 et pour les exercices suivants.

Ce texte n'a jamais été actualisé depuis sa publication.

Deux instruments sont ainsi prévus par la réglementation :

- une dotation globale principale, forfaitaire. L'article 2 de la délibération susvisée précise qu'elle finance *l'hospitalisation complète, de jour et à domicile, les examens scanners prescrits pendant l'hospitalisation, les prothèses et les séances d'hémodialyse, ainsi que tout ou partie de l'activité externe* ;
- une dotation globale forfaitaire spécifique, qui finance *les activités d'urgence et d'évacuation sanitaire*.

Ces deux dotations doivent par ailleurs répondre à un calendrier précis. Leur montant sont fixés en cours d'année pour l'année suivante, dans une convention annuelle, sur la base de **l'activité constatée, en fonction de la carte sanitaire et des dépenses nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins, et notamment de l'évolution du produit intérieur brut**. L'entrée en vigueur de ces conventions est soumise à l'approbation du conseil des ministres par arrêté. Les dotations peuvent être révisées en cours d'année, s'il survient des phénomènes épidémiologiques ou des évolutions techniques majeures de nature à produire une modification significative et imprévisible de l'activité médicale.

Jusqu'en 2018, l'hôpital et la CPS avaient des relations directes. La direction du CHPF venait présenter ses besoins de financements auprès des instances des régimes (commission de santé élargie notamment). Les montants alloués étaient arrêtés en conseil d'administration de la CPS à l'intérieur d'un budget assurance maladie, et plus globalement dans le cadre d'une maquette financière PSG de la CPS.

La création de l'ARASS en 2018 a modifié ce schéma. Ce service du Pays est chargé de consulter les partenaires de santé comme le CHPF pour identifier en particulier leurs besoins de financements. Il présente ensuite son avis sur la question en commission de santé élargie puis au conseil d'administration de la Caisse, et transmet ses analyses et ses conclusions au conseil des ministres et à l'Assemblée de la Polynésie française. Cette articulation nouvelle vaut pour l'ensemble des établissements de soins et des professionnels de santé, pour lesquels le rôle de la CPS est abordé dans les développements qui suivent.

En revanche, le circuit et les modalités de paiement définis par le texte de 1998 n'ont pas évolué.

Dans les faits, la CPS assure des versements au CHPF de différentes natures, en prenant certaines libertés vis-à-vis des règles de droit avec l'hôpital dans leur convention :

- une dotation globale de fonctionnement annuelle, qui consiste en une participation forfaitaire aux frais de fonctionnement courants de l'hôpital, activités de soins, hébergement et frais généraux ;
- des contrats d'objectifs et de moyens (COM), qui sont des dotations annuelles affectées à des activités présentées comme expérimentales ;
- une dotation médicaments onéreux et dispositifs médicaux, versée annuellement ;
- une dotation globale de fonctionnement exceptionnelle versée en 2019 ;
- des remboursements sur factures.

A contrario, la dotation globale forfaitaire spécifique destinée à financer les activités d'urgence et d'évacuation sanitaire n'a pas été mise en œuvre.

La consolidation des financements apportés par la CPS au CHPF indique une croissance des dotations (toutes dotations confondues) de 17,6 % sur la période contrôlée.

Au surplus, les versements de la CPS ne représentent pas la totalité des recettes du budget de fonctionnement du CHPF. Par exemple, l'hôpital a enregistré un total de produits, hors produits exceptionnels, en 2018 de 22,2 Mrds f CFP et de 23,3 Mrds F CFP en 2019, les financements apportés par la CPS ayant contribué respectivement pour 16,9 et 18,2 Mrds F CFP. La différence correspond notamment aux factures émises par le CHPF concernant les prestations de soins apportées aux patients de passage hors régimes gérés par la Caisse. Les dépenses d'investissement ne sont pas non plus prises en charge directement par les régimes sociaux, et bénéficient de programmes de subventions directes du Pays et de l'État.

Tableau n° 26 : Consolidation des ressources octroyées par la CPS au CHPF selon la Caisse

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
DGF	13 745 000 000	13 745 000 000	12 489 000 000	13 143 000 000	13 733 500 000	-0,1 %
<i>dont MCO</i>	<i>13 010 000 000</i>	<i>13 010 000 000</i>	<i>11 754 000 000</i>	<i>12 318 000 000</i>	<i>12 803 000 000</i>	-1,6 %
<i>dont psychiatrie</i>	<i>735 000 000</i>	<i>735 000 000</i>	<i>735 000 000</i>	<i>825 000 000</i>	<i>1 022 000 000</i>	39,0 %
COM	523 056 761	542 268 367	356 430 432	186 441 040	173 836 797	-66,8 %
médi. onéreux			1 383 140 546	1 500 000 000	1 500 000 000	ns
DGF except.				598 000 000		ns
Rbt factures	1 153 470 914	1 350 092 434	2 735 480 310	2 813 267 239	2 731 478 722	+ 136,8 %
Total	15 421 527 675	15 637 360 801	16 964 051 288	18 240 708 279	18 138 815 519	+ 17,6 %

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

La maîtrise des dépenses du CHPF n'est donc pas uniquement du ressort de la CPS, qui n'en connaît pas la totalité du périmètre budgétaire quand bien même la présence de représentants de la CPS au conseil d'administration de l'hôpital.

Tableau n° 27 : Consolidation des ressources octroyées par la CPS au CHPF selon l'hôpital

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
DGF	13 745 000 000	13 745 000 000	12 489 000 000	13 174 666 668	13 779 250 000	+ 0,2 %
<i>dont MCO</i>	13 010 000 000	13 010 000 000	11 754 000 000	12 318 000 000	12 803 000 000	-1,6 %
<i>dont psychiatrie</i>	735 000 000	735 000 000	735 000 000	856 666 668	976 250 000	+ 32,8 %
COM	578 066 760	542 268 367	356 430 432	125 441 040	18 395 877	- 96,8 %
médi. onéreux			1 383 140 546	1 500 000 000	1 500 000 000	ns
DGF except.						ns
Rbt factures	1 153 470 914	1 350 092 434	1 352 339 764	1 313 267 239	1 231 478 722	+ 6,8 %
Total	15 476 537 674	15 637 360 801	15 580 910 742	16 113 374 947	16 529 124 599	+ 6,8 %

Source : Réponse du CHPF aux observations provisoires, le 17 février 2022.

Dans ce contexte, la connaissance par la CPS de l'activité du CHPF et des coûts que cela engendre est un enjeu de gestion prégnant. **Un dialogue de gestion véritable impose à la CPS et au CHPF qu'ils partagent une information financière complète.**

L'activité du CHPF et son suivi par la CPS

L'examen des procès-verbaux des réunions de la commission de santé élargie et des instances, conseils d'administration et comité de gestion, laisse apparaître un suivi partiel de l'activité réelle du CHPF. La présentation synthétique de l'activité qui permet de connaître les principaux indicateurs¹⁸⁵ n'a été mentionnée dans les pièces transmises lors de l'instruction que pour le seul exercice 2016.

Le mode de financement forfaitaire institué depuis 1998 ne peut pas justifier pleinement cette approche limitée.

D'ailleurs, la Chambre constate à l'occasion de la communication par le CHPF de données budgétaires en réponse aux observations provisoires, la persistance de divergences sur des données budgétaires essentielles entre la Caisse et le CHPF sur la période sous revue, comme celles relatives aux ressources consolidées versées par la CPS à l'hôpital.

La vie conventionnelle

Les dispositions de la délibération n°98-163 ont donné lieu à la signature d'une convention entre la CPS au titre des trois régimes et le CHPF, le 25 octobre 1999. Cette convention qui traite de la dotation globale de fonctionnement a depuis fait l'objet de 25 avenants.

Le cadre annuel semble inadapté à cause de la lourdeur des procédures et des négociations qu'il impose.

¹⁸⁵ Séjours RSS (résumé standard de sortie), nombre de séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie), hospitalisation RSS, nbre d'hospitalisation, nombre de journées d'hospitalisation, file active, durée moyenne de séjour PMSI, nombre de journées PMSI, nombre de patients file active, valorisation T2A.

Au vu de l'ancienneté de la convention et des changements intervenus au fil du temps par la succession d'avenants, la lisibilité de cet ensemble est malaisée. Il aurait été de meilleure gestion que la CPS propose au CHPF de s'engager régulièrement sur une nouvelle convention.

Au surplus, l'examen des dispositions prises dans la convention et ses avenants indique que les parties se sont écartées sensiblement de la réglementation. A titre d'illustration, l'avenant de 2011 a instauré deux *contrats d'objectifs*, outils de financement qui ne sont pas prévus dans la délibération n°98-163. Depuis, les textes du Pays n'ont d'ailleurs pas été adaptés.

Le caractère obsolète des textes de 1998 encore en vigueur ne peut pas justifier ces décisions bilatérales entre la Caisse et l'hôpital.

En conséquence, la Chambre demande à la CPS de se rapprocher de l'ARASS et du CHPF pour déterminer ensemble les conditions afin de lui permettre de connaître tous les coûts et tarifications pratiqués, et de solliciter à l'issue le Pays afin qu'il modernise le droit applicable.

La directrice du CHPF a indiqué en réponse aux observations provisoires que « les séances de la commission de santé élargie qui permettaient des échanges directs CHPF/CPS jusqu'en 2018 traitaient principalement des contrats d'objectifs et de moyens, l'étude de l'évolution de l'activité et des besoins globaux du CHPF étant relégués au second plan, voire pas abordée », et que « la suppression progressive, durant la période sous revue, de plusieurs contrats d'objectifs et de moyens au profit d'un financement porté par la dotation forfaitaire s'est accompagnée de l'introduction de conditionnalités dédiées non prévues par la réglementation ». « En outre, aucune communication sur les sujets budgétaires ou la rédaction des actes liés à leur mise en œuvre n'a jamais eu lieu entre le CHPF et les services de la CPS avant leur présentation au conseil d'administration du régime général des salariés ». De surcroît, « Malgré ses demandes formelles ou orales réitérées, le CHPF n'est en aucune façon associé à la rédaction des conventions ou avenants annuels venant formaliser son financement ».

Ces constats confirment la nécessité d'une approche consolidée des données budgétaires entre la CPS et le CHPF.

3.4.2.1 La dotation globale de fonctionnement

La convention signée entre la CPS et le CHPF du 25 octobre 1999 précise le périmètre couvert par la dotation globale de fonctionnement. Un bilan produit par l'hôpital chaque année en septembre doit permettre de déterminer le montant pour l'année suivante.

Une DGF psychiatrie a été ajoutée en 2004, sans pour autant avoir au préalable demandé au Pays la modification de la délibération-cadre susmentionnée, mais en se fondant seulement sur un arrêté pris en conseil des ministres¹⁸⁶. Cet arrêté prononce à compter du 1^{er} janvier 2003 le transfert du service d'hygiène mentale adulte de la direction de la Santé au centre hospitalier.

En 2006, un financement à l'activité (T2A) a été adjoint (2,298 Mrds F CFP), avant d'être remplacé en 2011 par un « financement hors dotation ».

¹⁸⁶ Arrêté n°1459 CM du 28 octobre 2002.

En 2011, l'avenant à la convention a prévu une DGF Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), une DGF psychiatrie et une dotation spécifique visant à réduire le nombre d'urgences et d'évacuation sanitaires. Cette dernière fondée sur l'avenant n°6 à la convention-cadre du 20 juillet 2006, intègre deux « contrats d'objectifs », missions de spécialistes extérieurs et consultations spécialisées avancées. L'avenant de 2011 indique des obligations de la part du CHPF, dont la transmission d'informations dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), chargé de recueillir et d'analyser l'activité à partir de standards de gestion des données.

En pratique, le PMSI peut effectivement être l'outil adapté de mesure de l'activité. Il permet aussi à la CPS et à l'hôpital de conduire des analyses médico-économiques. La CPS, sur cet aspect, a indiqué pourtant ne pas conduire ce type d'analyse. La transmission des PMSI annuels par l'hôpital n'a pas respecté au cours de la période sous revue le calendrier fixé par la convention.

Ainsi, le PMSI 2020 n'a été fourni que fin 2021, soit après le vote du budget 2022 des 28 et 29 octobre 2021 pour le RGS. Les raisons de ces retards sont connues. Au plan technique, le suivi PMSI nécessite un codage des actes complet à l'hôpital, or la classification est ancienne en Polynésie française (version de 2011), le logiciel utilisé par le CHPF serait obsolète, source de retards et de problèmes de fiabilité des données. En complément du PMSI, la comptabilité analytique, encore lacunaire au CHPF, qui aiderait pourtant à mieux connaître l'affectation des coûts, ne peut pas bénéficier de clés de répartition fiables.

La directrice du CHPF a indiqué sur cet aspect que la consolidation de l'ensemble des PMSI par la Caisse permettrait de mener des analyses à l'échelle du Pays. Elle a d'ailleurs indiqué son objectif le codage complet des actes et des séjours d'ici 2023.

Dans ces conditions, la répartition du financement entre les trois régimes ne peut pas reposer sur des données crédibles. Globalement, la clé de répartition de la DGF du CHPF est de 60 % pour le RGS. Pour tous les projets relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale, la clé de répartition est inversée sauf pour les enfants car ils bénéficient de la couverture de leurs parents.

La directrice du CHPF a indiqué que constatant une apparente surpondération du RSPF, le CHPF a interrogé la CPS sur les clés de répartition entre les régimes sociaux pour établir la DGF, point qui n'aurait pas donné lieu à réponse. Elle a ajouté que depuis 2020, un groupe de travail CPS/CHPF a été mis en place pour apurer ces divergences.

L'autre risque inhérent à la connaissance incomplète des coûts du CHPF par la Caisse, est le risque de superposition de la DGF avec d'autres outils de financements comme les contrats d'objectifs par exemple. Le risque de doublons de financements n'est pas exclu. Ces pratiques sont ainsi sources de différends dans l'identification des coûts à prendre en charge par la CPS. Au 31 décembre 2020, la Caisse estimait que le CHPF lui devait un total de 1,336 Mrds F CFP contre 97 MF de créances en faveur du CHPF.

Une convention triennale, dont les montants prévisionnels seraient estimés à partir d'une solide connaissance des coûts complets du CHPF permettrait de moderniser la gestion de la CPS, même si la fixation de la dotation globale annuelle répond essentiellement, comme l'a confirmé la direction de la Caisse, aux orientations budgétaires ministérielles. Elle a indiqué d'ailleurs qu'elle ne s'est pas dotée de textes internes déterminant le calcul de la DGF CHPF.

Au cours de la période sous revue, la DGF se situe autour de 13,7 Mrds F CFP, hormis 2018. Elle a atteint son plus haut sur moyenne période, en 2011, avec 14,99 Mrds F CFP. La baisse de la DGF constatée en 2018 est due à l'exclusion des médicaments onéreux, financés par ailleurs par la Caisse.

Même si la CPS indique vérifier a posteriori la cohérence de la DGF demandée et la valorisation du PMSI, du fait de l'absence de comptabilité analytique, le mode d'hospitalisation, complète ou de jour, et le niveau d'activité, n'ont aucune incidence sur le montant de la DGF.

La méthode utilisée ne permet donc pas à la CPS de respecter les termes de la délibération n°98-163 APF du 15 octobre 1998 qui établit que les DGF sont fixées, comme présenté supra, en fonction de « l'activité constatée, de la carte sanitaire et des dépenses nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins, et notamment de l'évolution du produit intérieur brut. »

La stabilité du montant observée de la DGF ne peut pas correspondre à la réalité de l'activité et de contraintes qui pèsent sur certaines dépenses comme les frais de personnel, soumis mécaniquement à l'augmentation statutaire des rémunérations (grilles indiciaires de la fonction publique), qui provoque généralement une majoration annuelle incompressible.

Par ailleurs, l'observation du taux de variation du produit intérieur brut (+ 3,6 % en moyenne annuelle entre 2016 et 2019¹⁸⁷) montre que la DGF n'est pas liée. A ce titre, la contraction brutale du PIB de - 7,3 % en 2020 n'a pas eu d'incidence sur les trajectoires de la DGF.

La CPS a précisé in fine qu'elle détermine le taux prévisionnel du budget de la DGF après négociations et en tenant compte d'un taux directeur fixé par le ministre de tutelle qui apparaît dans sa lettre de cadrage budgétaire annuelle.

Les lettres de cadrage annuelles adressées par le ministère de tutelle aux régimes sociaux comportent comme objectif annuel d'évolution de la DGF entre 2016 et 2020, un taux figé à 0 %. Ils n'apparaissent donc pas davantage réalistes.

¹⁸⁷ L'ISPF publie un PIB en 2016 de 592 618 Mrds F CFP et en 2019 de 657 240 Mrds F CFP. 2020 affiche un PIB de 609 090 Mrds F CFP.

Tableau n° 28 : Trajectoires formulées par le Pays dans les lettres de cadrage

2016	2017	2018	2019	2020
+ 0%	+ 0%	+ 0% si absence de PMSI 2017 ou bien adaptée au niveau réel	+ 0%	+ 0 %
intégration pour 750 MF des médicaments onéreux, produits sanguins, dispositifs médicaux implantables		retrait pour 1,5 Mrd F des molécules onéreuses et des dispositifs implantables		

Source : CTC PF d'après lettres de cadrage.

De son côté, la direction du CHPF a communiqué en 2016 à la caisse des trajectoires bien différentes entre 2018 et 2021. Elle déclarait d'ailleurs « si on avait les moyens, la DGF devrait normalement augmenter de 2 % » (CSE du 29 septembre 2017, page 27 du procès-verbal). Les taux de croissance annuels affichés étaient de + 1,35 % pour les frais de personnels, ce qui peut correspondre au glissement vieillissement technicité (GVT), phénomène mécanique connu dans la fonction publique, + 3,5 % pour les charges à caractère médical, +1,3 % pour les charges « à caractère hôtelier et général », et + 1 % pour les dépenses d'amortissement, de provisions et autres charges exceptionnelles. Il devait en résulter un total des dépenses de 24,46 Mrds F CFP en 2018 à 25,5 Mrds F CFP en 2021, soit une hausse annuelle moyenne de + 1,36 %.

Ce maintien strict de la DGF à + 0% a notamment été rendu possible par les hausses des facturations aux non-ressortissants des régimes (sécurité sociale). En effet, le CHPF et les cliniques pratiquent deux tarifs, le premier pour les ressortissants des régimes PSG, et le deuxième pour les ressortissants des autres régimes. L'étude conduite par la CPS en 2019 indique que selon la pathologie prise en charge, le coefficient de majoration varie entre 3 et 4. **Cette pratique a été corrigée depuis 2019 (cf. le § 3.5.2.3.)**

Par ailleurs, la CPS a indiqué avoir octroyé en 2021, dans le contexte exceptionnel de crise sanitaire, des avances de paiement de mensualités au CHPF, sur ses demandes, par le biais d'anticipations des versements de la DGF par les trois régimes (avril versé en janvier, et juillet versé en avril). La troisième sollicitation dans le même sens formulée par le CHPF le 21 juin 2021 a été satisfaite en août 2021.

La CPS a précisé travailler, en concertation avec le ministère de la Santé, à une nouvelle formule de calcul de la DGF basée sur l'échelle nationale de coûts (ENC). Cette formule permet de distinguer les coûts fixes des coûts variables. L'ENC est un référentiel. Un coefficient d'ajustement est prévu, sa détermination devait être effectuée avec le soutien technique de l'ISPF. Ce projet, pour être utile, suppose, à tout le moins, que le CHPF soit capable de fournir un PMSI complet dans les délais requis, appuyé par une comptabilité analytique exhaustive.

Au vu des observations précédentes, la Chambre demande à la CPS de saisir le Pays, avec l'appui du CHPF, afin d'engager collectivement le chantier de modernisation des textes portant sur le financement pluriannuel de l'hôpital, afin de gagner notamment en transparence.

3.4.2.2 Les contrats d'objectifs et de moyens

Comme constaté précédemment, ces dotations n'ont pas de fondement juridique adéquat depuis leur création. Les COM octroyées au CHPF sont à distinguer de celles attribuées au Pays pour financer les actions de prévention conduites par la direction de la Santé (cf. le § 3.4.4).

Le CHPF adresse chaque année à la CPS une demande budgétaire qui inclut la DGF et des contrats d'objectifs et de moyens (COM). Depuis 2018, ces demandes sont d'abord communiquées à l'ARASS, qui émet un avis, qu'elle transmet par la suite à la CPS. Le ministre de tutelle a posé en effet le principe de sa décision préalable au lancement de nouveaux COM, à partir d'un avis de l'ARASS. La direction de la Caisse a indiqué pratiquer en amont un cycle de négociations avec ce service du Pays, en vue d'aboutir à une position convergente.

Le dimensionnement des enveloppes peut dépendre des orientations budgétaires fixées dans les lettres de cadrage ministérielles selon leur degré de précision.

La CPS a versé au CHPF, au titre du dispositif des contrats d'objectifs et de moyens, un total cumulé de 1,782 Mrds F CFP entre 2016 et 2020.

La CPS a rencontré des difficultés à communiquer un état précis des conventions et des montants réalisés par contrat. La Caisse ne peut qu'être invitée à effectuer une gestion et un suivi rigoureux, afin qu'ils soient adaptés à la dimension des enjeux et des montants significatifs. Cette gestion gagnerait à être mutualisée par le biais d'un outil informatique partagé entre l'hôpital, l'ARASS, la direction de la Santé et la CPS.

Il ressort des échanges conduits au cours de l'instruction que depuis 2016, les 13 conventions en cours et les 35 avenants dénombrés par la Chambre, ne comportent comme visas que les délibérations des conseils d'administration et de gestion de la CPS et leurs délégations de signature au directeur. **Ces conventions ne renvoient donc à aucun fondement réglementaire, et pour cause, les COM ne figurent pas dans la délibération cadre portant sur le financement des soins de l'hôpital (délibération n°98-163).**

Les conventions qui fixent notamment les modalités de versement prévoient un paiement par avance mensuel par douzième. Chaque avenant fixe un plafond de dépense annuel. Le paiement est réalisé à partir des dépenses justifiées.

Tableau n° 29 : Inventaire par la Chambre des conventions d'objectifs et de moyens du CHPF

La CPS a transmis une série de contrats d'objectifs, sous la forme de convention-cadre et d'avenants, qui l'engagent avec le CHPF :

Activité de greffe rénale : Une convention du 10 août 2005, conclue pour une durée de trois ans, soit 2005-2007, pour une première greffe en 2008. La convention a été prorogée jusqu'en 2009 par trois avenants successifs, puis reprise en 2014 par l'avenant n°4. Trois avenants n°6, 7 et 8 pour l'année 2015. En 2016, l'avenant fixe une participation de la CPS de 161 MF CFP. Confusion avec hémodialyse (avenants n°9 du 11 février 2016). A été prolongée jusqu'en 2018. La CSE a proposé d'intégrer ce COM dans la DGF du CHPF (166 MF CFP).

Activité greffe rénale, laboratoire des greffes et transplantations HLA : Une convention du 31 janvier 2012 a été signée, pour une durée d'un an, renouvelable deux fois, soit de 2012 à 2014. cf. l'avenant n°1, 2, 3.

Missions de praticiens du CHPF et de la direction de la Santé dans les structures de santé publique : Une convention du 17 mai 2006, d'une année, renouvelable une fois. Prise en charge des frais de transport et de fret, ainsi que des frais de personnel. Elle a été renouvelée par 12 avenants jusqu'en 2015. La convention a été également prorogée par le même moyen jusqu'en 2018, par le biais de 3 avenants, pour un montant de 58 MF CFP en 2016, 60 MF CFP en 2017, et 74 MF CFP en 2018.

Missions en Polynésie française de spécialistes extérieurs : Cela concerne l'accueil de spécialistes de métropole. Cela participerait à contenir le nombre d'évacuations sanitaires en réalisant des actes très techniques plus nombreux sur place. Une convention du 20 juillet 2006 (suite d'un COM de 2003 à 2005), d'une durée d'un an renouvelable une fois a été passée. 10 avenants ont prorogé cette convention jusqu'en 2015. Elle perdure depuis, avec 9 avenants. 82 MF CFP en 2017, 82 MF CFP en 2018, 71 MF CFP en 2019, 71 MF CFP en 2020 et 2021. L'avenant n°15 signé en 2018 a ajouté l'**implantation de valves aortiques percutanées transcatheter (TAVI)** pour un budget de 32 MF CFP en 2019, (réalisé à 100 %), 31 MF CFP en 2020, (non réalisé).

Lancement de la médecine isotopique : une convention du 31 janvier 2014 d'une année, renouvelable 2 fois pour la même durée soit 2014-2016 inclus. Elle a été renouvelée par simple avenant pour 2017.

Le CHPF s'engage notamment à établir une comptabilité analytique pour individualiser les charges. Budget prévisionnel du COM : 15 MF CFP en 2014, 45 MF CFP en 2015, 45 MF CFP en 2016, 70 MF CFP en 2017.

Mise en place d'une sectorisation de pédopsychiatrie : Il s'agit du traitement des patients adolescents et les enfants dans certaines îles. L'équipe de pédopsychiatrie était auparavant placée auprès de la direction de la Santé, avant d'être transférée au CHPF. La convention du 31 janvier 2014 reprend les mêmes termes que la précédente relative à la médecine isotopique. Sa durée est d'une année qui prend effet à compter du 1^{er} janvier 2014, renouvelable 2 fois pour la même durée soit 2014-2016 inclus. Elle lie la CPS et le CHPF mais également le Pays.

Le CHPF s'engage aussi à établir une comptabilité analytique pour individualiser les charges. Budget prévisionnel du COM : 39 MF CFP en 2014, 74 MF CFP en 2015, 96 MF CFP en 2016.

Un avenant n°3 a prorogé la convention, pour un budget prévisionnel de 96 MF en 2017.

Réseau de soins palliatifs : Une convention du 12 janvier 2015 renouvelable 2 fois soit 2015-2017 inclus. Elle a été renouvelée en 2018 par simple avenant, sans motivation expresse. 30 MF CFP chaque année pour 3 ETP prévus.

Le CHPF s'engage notamment à établir une comptabilité analytique pour individualiser les charges et à mettre en place le dossier médical complet communicant, accessible aux médecins publics et privés extérieurs à l'établissement (article 4 et 5 de la convention COM réseau de soins palliatifs du 12 janvier 2015). La CSE a proposé d'intégrer le COM dans la DGF du CHPF (60 MF CFP).

Mise en place d'une clinique des anticoagulants (Coaguchek®) : 1 convention du 12 janvier 2015 pour trois années. Elle a été renouvelée en 2018, 2019, 2020, 2021 (une première convention avait été engagée en 2008, pour ensuite être intégrée à la DGF).

Un COM a été mis en œuvre de 2009 à 2011 pour un total de 45 MF CFP. Comme prévu, le projet a été réintégré dans la DGF. Le CHPF a réduit le budget alloué, menaçant la continuité du service. Budget prévisionnel du COM : 19 MF CFP en 2015 pour des achats de matériels, 31 MF CFP en 2016, 26 MF CFP en 2017, 26 MF CFP en 2018, 26 MF CFP en 2019, 26 MF CFP en 2020, 33 MF CFP en 2021.

Mise en place d'un secteur psychiatrique adulte : Les taux d'occupation en établissement seraient de 110 % à 125 %. Ce projet entend créer un accueil extra-hospitalier de patients en journée. Une convention du 12 janvier 2017 a été signée pour l'année en cours. Etablissement d'une comptabilité analytique pour individualiser les charges a été prévu. 18 MF CFP en 2017 ont été actés avec un avenant portant sur l'exercice 2018 pour 27 MF CFP.

Mise en place d'un soutien en oncologie : Deux conventions : une première convention du 12 janvier 2017 pour l'année en cours. 29 MF CFP en 2017 et une deuxième convention du 25 avril 2018 portant sur l'année en cours pour 59 MF CFP.

Réseau de consultations spécialisées avancées dans les îles (CSA) : Une convention avait été signée en 2006 entre le CHPF, la direction de la Santé et la CPS. Une première convention remonterait selon la Caisse à 2003. La convention actuelle date du 7 août 2018. 23 MF CFP ont été « prélevés » sur le fonds médicaments onéreux. Ce COM finance les frais de transport des équipes médicales du CHPF et le fret de leurs matériels.

Prévention et alternative à l'hospitalisation, équipes mobiles en psychiatrie : Une convention du 13 janvier 2020 pour une année avec un budget de 110 MF CFP.

Premiers épisodes psychotiques prévention réhabilitation (PEPPR) : Une convention du 13 janvier 2020, pour une durée d'un an à compter du 1^{er} janvier 2020 a été signée. Un budget de 50 MF CFP est prévu.

Unité transversale d'éducation thérapeutique des patients (UETP) : Sur le même modèle que la précédente relative aux PEPPR, une convention du 13 janvier 2020 a été signée, pour une durée d'un an à compter du 1^{er} janvier 2020 a été conclue. Un budget prévisionnel de 13 MF CFP est prévu.

Source : CTC d'après procès-verbaux de la commission de santé élargie.

L'examen de ces contrats appelle plusieurs remarques.

Sur le fonds, l'objet des COM est, par principe, un appui financier par les régimes sociaux à une activité expérimentale nouvelle, donc provisoire. Une fois que l'activité est pérennisée à la suite d'une évaluation établissant son efficacité et son utilité, son budget doit ainsi être intégré au budget général de l'établissement, matérialisé par la DGF.

Ce n'est pas le cas au cours de la période sous revue, les durées initialement prévues dans les conventions-cadre qui devraient couvrir la phase d'expérimentation sont parfois dépassées par décision de renouvellement. Ce constat peut traduire une mauvaise estimation du calendrier prévisionnel, ou bien, la mise en place d'un artifice qui vise au détournement de l'objet du dispositif pour ne pas basculer les opérations au budget commun financé par la DGF. **De la sorte, la dotation peut afficher un taux d'évolution nul sur moyenne période, satisfaisant à la cible budgétaire de + 0 %.** De surcroît, des expérimentations qui n'ont pas donné lieu à réalisation plusieurs années continuent parfois à être reprogrammées. Une évaluation préalable au long cours de la part de la Caisse est indispensable, au vu des enjeux, notamment financiers.

La gestion des COM telle qu'elle est conduite, nécessite une transparence accrue.

Sur la forme, le grand nombre de contrats et d'avenants invite la CPS à une rigueur dans sa gestion administrative et financière, ce qui n'est pas le cas. Une certaine confusion dans l'archivage des avenants et des contrats a été constatée, notamment pour des actions comme l'activité rénale et l'oncologie. Une numérotation de chaque contrat initial par ordre chronologique serait la bienvenue.

Sur le calendrier, les conventions les plus récentes ont été signées en janvier pour l'année, ce qui traduit une amélioration certaine, les signatures pouvaient auparavant intervenir plus tardivement. Ce calendrier gagnerait à être avancé suffisamment pour permettre aux porteurs de projets de démarrer dans des conditions plus sereines. Cette amélioration suppose un décalage de l'ensemble du calendrier budgétaire de la CPS et du Pays, les conventions étant signées, à raison, une fois que le budget de l'année concernée est exécutoire. **En outre, la durée de la convention devrait être calée sur la durée prévisionnelle de l'expérimentation**, ne dispensant pas les bénéficiaires de communiquer des bilans d'étape techniques et financiers. Ces améliorations participeront de l'affirmation d'une culture de résultat et à l'amélioration du suivi budgétaire.

Sur le suivi et l'évaluation, les documents n'en définissent pas suffisamment les modalités. Les outils, le calendrier, et les indicateurs de moyens et de résultats, qui restent à définir, gagneraient au surplus pour être pertinents, à être discutés en amont avec les porteurs de projets.

Tableau n° 30 : Montants inscrits et versés par la CPS au CHPF au titre des COM

COM		2016	2017	2018	2019	2020	2021
COM Coaguchek	P	31 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	31 000 000
	R	31 000 000	26 000 000	26 000 000	26 000 000	22 023 520	nd
COM TAVI	P				32 000 000	31 000 000	32 000 000
	R				32 000 000	0	nd
COM Missions spécialistes extérieurs	P	82 000 000	82 000 000	82 000 000	71 000 000	71 000 000	71 000 000
	R	55 000 000	54 000 000	54 000 000	54 000 000	52 000 000	nd
COM Missions consultations avancées	P	58 000 000	61 000 000	51 000 000			
	R	38 000 000	38 500 000	51 000 000			
COM Soins palliatifs	P	30 000 000	30 000 000	30 000 000			
	R	30 000 000	30 000 000	30 000 000			
COM Greffe rénale	P	161 000 000	124 000 000	124 000 000			
	R	161 000 000	124 000 000	84 000 000			
COM IRCT	P	62 000 000	62 000 000	62 000 000			
	R	62 000 000	62 000 000	62 000 000			
COM Soutien oncologie	P		29 000 000				
	R		0				
COM Médecine isotopique	P	45 000 000	70 000 000				
	R	30 000 000	70 000 000				
COM Equipes mobiles	P					123 000 000	84 000 000
	R					0	nd
COM PEPPR (premiers épisodes psychotiques)	P					50 000 000	52 000 000
	R					0	nd
COM Psychiatrie adulte	P	35 000 000	18 000 000	27 000 000	109 000 000		
	R	0	18 000 000	27 000 000	0		
COM Secto pédopsychiatrie	P	61 000 000	96 000 000		72 000 000		
	R	61 000 000	60 999 999		0		
total prévu		565 000 000	598 000 000	402 000 000	310 000 000	301 000 000	270 000 000
total réalisé		468 000 000	483 499 999	334 000 000	112 000 000	74 023 520	nd

Source : D'après CPS – ventilation au 03.09.2021

P = prévu, R = réalisé.

Au regard des prérogatives de la CPS, la Chambre formule une recommandation relative à l'ensemble des projets :

Recommandation n°7 : Réserver les contrats d'objectifs et de moyens aux seules opérations expérimentales nouvelles à partir du budget 2023.

3.4.2.3 La dotation médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables

L'article 4 de l'avenant 22 du 19 janvier 2018 à la convention relative aux dotations globales pour la prise en charge des soins dispensés dans les établissements publics hospitaliers (dotation globale CHPF), établit une dotation spécifique destinée au financement des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables¹⁸⁸.

Cet avenant s'écarte des dispositions de la délibération n°98-163 en matière de financements de l'hôpital par les régimes sociaux. En 2018, la DGF a été diminuée en même temps que la création de cette dotation spécifique.

¹⁸⁸ Arrêtés n°1225 CM, 1226 CM et 1227 CM du 16 juillet 2018.

La liste retenue de ces équipements prend comme référence celle de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation métropolitaine, et les dispositifs médicaux implantables sont ceux figurant à la LPPR¹⁸⁹.

Cette enveloppe plafonnée chaque année isole ce type de dépenses destinées majoritairement aux traitements en oncologie. 75 % à 80 % de ce budget concerne en effet la prise en charge du cancer.

Cette catégorie connaît une croissance soutenue dans la durée. Le budget qui était de 518 MF CFP en 2011 a atteint 989 MF CFP en 2016. La hausse constatée correspond au développement de l'oncologie en Polynésie française voulue par le Pays.

Les médicaments et dispositifs qui ne figurent pas dans la liste peuvent être utilisés par les personnels soignants et pris en charge par la CPS après demande d'entente préalable adressée au médecin-conseil.

En 2019 et en 2020, la totalité de l'enveloppe a été consommée, les dépenses réelles réalisées par l'hôpital dépassant même le montant de la dotation. Les soins en oncologie ont nécessité sur la période l'emploi de molécules plus coûteuses, auprès de patients plus nombreux. L'enveloppe en fin de période a donc été inférieure aux dépenses réelles.

Tableau n° 31 : Dotation médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables

<i>en MF CFP</i>	2018	2019	2020
prévu	1 463	1 500	1 500s
réalisé	1 383	1 500	1 500

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Ce mode de financement plafonné est peu adapté à une activité par essence variable. La CPS estime que le tout variable n'est pas davantage une solution, une version hybride pourrait offrir le scénario d'équilibre.

Depuis 2020, le règlement est fait sur présentation des factures et des pièces justificatives. Un comité, dit restreint, composé de représentants de la CPS, du CHPF et de l'ARASS est chargé d'arbitrer entre la délivrance sur place d'un médicament ou la décision d'une évacuation sanitaire.

¹⁸⁹ Arrêté n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente.

3.4.2.4 Les remboursements sur facturation

Cette modalité est prévue dans l'article 2 de la convention du 25 octobre 1998.

Cette possibilité n'est pas prévue par la délibération n°98-163 qui fixe le cadre du financement de l'hôpital par les régimes sociaux.

Les prestations hors DGF sont détaillées dans les avenants : les forfaits techniques IRM, les forfaits IVG, les actes de laboratoires et de biologie externes, les médicaments délivrés à titre externe¹⁹⁰ (1,3 Mrds F CFP en 2020).

3.4.3 Les organismes de santé privés

L'article 4 de la délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 établit le principe d'un remboursement par les régimes sociaux des dépenses d'hébergement plafonné trimestriellement et d'un plafond fixé annuellement par conventions conclues entre les régimes et chaque établissement, après avis de la commission médicale d'établissement. Les déterminants des montants sont notamment le nombre de lits hospitaliers autorisés et de l'évolution du produit intérieur brut.

Le même article 4 pose le principe d'une application au titre des années 1999 et 2000.

Les relations entre la CPS et les établissements de santé privés ne sont donc régis depuis 2001 que par un lien conventionnel.

A partir de 2003, les établissements concernés ont été financés par la CPS par le versement d'une dotation globale annuelle déterminée par voie conventionnelle, approuvée par le conseil des ministres, sans que la délibération n° 98-163 APF ne soit actualisée.

3.4.3.1 Les établissements de soins privés

Quatre établissements privés de soins sont en fonctionnement en Polynésie française : La polyclinique Paofai, la clinique Cardella, la clinique Mamao, et le centre Te Tiare, tous installés dans la zone urbaine de Tahiti.

¹⁹⁰ Cf. la version de l'article 4 de l'avenant n°20 du 11 février 2016.

Tableau n° 32 : Montants versés par la CPS aux établissements de soin privés

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	variation brute
CLINIQUE PAOFAI	1 535 295 361	1 489 628 055	1 484 163 453	1 490 052 911	1 517 617 199	-1%
<i>DGF-POLYCLINIQUE PAOFAI</i>	1 449 000 000	1 398 000 000	1 398 000 000	1 398 000 000	1 398 000 000	-4%
<i>COM-CHIRURGIE BARIATRIQUE</i>					33 790 000	ns
<i>hors DGF</i>	86 295 361	91 628 055	86 163 453	92 052 911	85 827 199	-1%
CLINIQUE CARDELLA	1 445 919 300	1 483 914 597	1 479 225 538	1 498 945 367	1 471 325 877	2%
<i>DGF - CARDELLA</i>	1 363 000 000	1 396 000 000	1 396 000 000	1 396 000 000	1 396 000 000	2%
<i>hors DGF</i>	82 919 300	87 914 597	83 225 538	102 945 367	75 325 877	-9%
CLINIQUE MAMAO	163 365 612	176 730 016	176 897 192	177 422 092	175 771 334	8%
<i>DGF - CMM</i>	148 000 000	172 000 000	172 000 000	172 000 000	172 000 000	16%
<i>hors DGF</i>	15 365 612	4 730 016	4 897 192	5 422 092	3 771 334	-75%
CENTRE TE TIARE	773 875 535	785 199 743	807 612 358	797 693 830	786 081 837	2%
TOTAL ETS PRIVÉS DE SOINS	3 918 455 808	3 935 472 411	3 947 898 541	3 964 114 200	3 950 796 247	1%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

En pratique, la CPS verse une dotation de fonctionnement assimilable à une DGF en fonction du taux cible fixé dans la lettre de cadrage ministérielle, procédé déjà constaté concernant le CHPF. Mais ils ne bénéficient pas pour l'essentiel de dotations complémentaires comme c'est le cas pour l'hôpital général. Les financements octroyés ont donc été réellement encadrés.

Dans ce contexte, les cliniques privées, qui indiquent avoir mis en place un contrôle de gestion, un PMSI et une tarification à l'acte, ont demandé en CSE du 6 octobre 2017 (page 9 du procès-verbal) de calculer la dotation à partir de la tarification à l'activité T2A, avec un coefficient géographique établi à partir de la moyenne des deux derniers exercices de PMSI. Elles estimaient que ce système offre « flexibilité et responsabilité ».

Cette demande n'a été satisfaite qu'en partie. La CPS et le Pays continuent pour l'essentiel à établir une DGF pour l'année N+1 à partir de la dotation versée en N-1 à laquelle s'applique un taux. A l'intérieur d'une enveloppe fermée, ce taux peut être différencié par établissements de soins privé si la note de cadrage du ministre a fixé un taux globalisé aux établissements privés. La Caisse a indiqué que dans ce cas, elle pondère entre chaque clinique la dotation en fonction du PMSI précédent (2020).

Concernant le suivi de l'activité des établissements de soins privés, la Chambre a disposé de données assez récentes seulement en fin d'instruction (décembre 2021).

La polyclinique PAOFAI

La réglementation en vigueur autorise 98 lits et 15 places MCO. Les capacités installées en 2016 sont de 96 lits et 12 places. 160 personnels y sont dénombrés. En 2016, le taux d'occupation en hospitalisation complète est de 53 %, et de 111 % en hospitalisation partielle¹⁹¹.

La CPS a signé une convention avec la polyclinique PAOFAI le 1^{er} avril 2014. Les visas rappellent les délibérations des conseils d'administration et du comité de gestion des régimes, ainsi que les délégations de signature du directeur, mais font l'impasse sur les textes réglementaires applicables, inexistants comme constaté précédemment. La séparation fixée par la délibération n°98-163 APF d'origine, entre les frais d'hébergement et les autres dépenses est reprise. Si la durée indéterminée de la convention fixée dans son article 16 n'est pas en contradiction avec la délibération précitée, qui est silencieuse sur ce point, il aurait été plus adapté de prévoir une convention triennale ou quinquennale renouvelable par tacite reconduction. Il y manque de surcroît la formulation d'objectifs de gestion et de soins sur chaque période.

Les six avenants annuels passés au cours de la période sous revue ont fixé un montant de DGF, en rappelant les critères de calcul. Les capacités et les moyens rappelés dans l'article 1 ne montrent pas clairement leur lien avec la DGF décidée d'une année sur l'autre. Cette information contenue dans l'avenant, pour être utile, doit montrer une corrélation entre les variables et le résultat.

Un contrat d'objectifs et de moyens à hauteur de 70 MF CFP portant sur la chirurgie bariatrique (chirurgie de l'obésité) a été signé le 8 septembre 2020. Il porte spécifiquement sur l'amélioration du suivi et de la prise en charge pré et post opératoire des patients, et concerne l'activité de l'année en cours. 33,79 MF CFP ont été réalisés. La convention a donné lieu à un avenant signé le 8 janvier 2021 pour un montant identique.

La clinique CARDELLA

La réglementation en vigueur autorise 79 lits et 23 places MCO. En 2016, les capacités installées sont de 65 lits et 23 places, 183 personnels y sont dénombrés, et le taux d'occupation en hospitalisation complète est de 61 %, et de 50 % en hospitalisation partielle¹⁹².

La CPS a transmis pour justifier de son lien conventionnel avec la clinique CARDELLA une convention, signée le 11 août 1986 et 43 avenants. Cette convention a été engagée pour une durée indéterminée.

La mise en place de la PSG le 1^{er} janvier 1995 et le vote de la délibération n°98-163 qui organise les rapports financiers entre la CPS et les cliniques notamment, n'ont été pris en compte qu'à partir de 2003 dans l'avenant n°25 où apparaît l'octroi d'une dotation général de fonctionnement. L'avenant n°31 signé le 22 janvier 2009 inclut pour la 1^{ère} fois un contrat de moyens, en faisant appel à l'outil PMSI et aux données de la comptabilité analytique. L'avenant n°36 du 21 janvier 2014 reprend les modalités de financement et de suivi en vigueur pour la polyclinique PAOFAI. Au cours de la période sous revue, soit depuis 2016 inclus, six avenants ont été signés.

¹⁹¹ Page 3 du procès-verbal de la CSE du 6 octobre 2017.

¹⁹² Page 3 du procès-verbal de la CSE du 6 octobre 2017.

A l'identique des conventions étudiées précédemment, celle-ci ne vise aucun texte réglementaire.

La clinique de Mamao

La réglementation en vigueur autorise 15 places MCO. Les capacités installées en 2016 sont de 5 places ; 12 personnels y sont dénombrés, et le taux d'occupation en hospitalisation partielle est de 114 %¹⁹³.

Comme pour les autres établissements de soins, la CPS a pour habitude de signer une convention assortie d'avenants successifs. En l'espèce, la convention datée du 1^{er} mars 2001 n'a pas été transmise. Les 19 avenants passés entre 2003 et 2021 communiqués, reprennent le principe du financement forfaitaire par le biais d'une dotation globale. La CPS exige la production d'un PMSI. C'est à partir de l'avenant n°10 du 20 janvier 2012 qu'un contrat de moyens assortis des critères d'évolution de la dotation sont à l'identique de ceux mis en place pour les deux autres cliniques. Sept avenants ont été signés au cours de la période sous revue.

Le centre de rééducation fonctionnelle Te Tiare

Le centre Te Tiare est une unité d'hospitalisation complète en MCO. Il est l'un des seuls établissements de rééducation en Polynésie française.

Les capacités installées en 2016 sont de 72 lits (neurologie et ortho traumatologie). Le taux d'occupation en hospitalisation partielle est de 91,8 %¹⁹⁴.

Le centre Te Tiare et la CPS se sont engagés mutuellement par convention le 9 juillet 2008. Sa durée est de cinq ans, non renouvelable. Pourtant, l'avenant n°5, non daté et non signé, a prorogé la convention d'une année à compter du 1^{er} janvier 2013. Les avenants qui ont suivi ont repris ce principe de proroger d'une année la convention. Cet engagement réciproque d'une période d'un an, outre sa fragilité et le manque de perspective qu'elle induit pour l'établissement de soins, présente l'inconvénient d'être signé après sa mise en œuvre le 1^{er} janvier, entre le 8 janvier en 2021 et le 14 février en 2019, ce qui implique des effets rétroactifs. Cela ne correspond pas à une bonne gestion contractuelle de la part de deux parties.

Ce centre d'hospitalisation, contrairement au CHPF et aux cliniques, n'est pas financé par une DGF, mais à partir d'un prix de journée.

Ainsi, la prise en charge financière s'effectue à partir d'un prix forfaitaire à la journée et d'un plafond du nombre de journée annuel facturable, ce qui ne correspond pas aux dispositions de l'article 4 de la délibération n°98-163, il est vrai rendue caduque depuis 2003. Le nombre de journées d'hospitalisation a été déplafonné en 2016.

Le directeur adjoint du centre Te Tiare, en réponse aux observations provisoires a confirmé l'intérêt de disposer d'un cadre budgétaire pluriannuel ou à tout le moins d'un taux directeur.

¹⁹³ Page 5 du procès-verbal de la CSE du 6 octobre 2017.

¹⁹⁴ Page 25 du procès-verbal de la CSE du 6 octobre 2017.

3.4.3.2 Les offres alternatives privées à l'hospitalisation

Ce type de soins est prévu dans la réglementation locale. Les services des établissements d'hospitalisation peuvent en effet se prolonger à domicile¹⁹⁵.

L'article 13 de la délibération n°2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française a organisé les structures de soins alternatives à l'hospitalisation¹⁹⁶. Celle-ci a été complétée par un arrêté pris en 2003¹⁹⁷. La délibération susvisée a été abrogée récemment par la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française, sans reprendre le contenu de la section II relative aux structures de soins alternatives. Son article LP 8 dispose que les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ont pour objet *d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée* par l'hospitalisation à domicile (HAD) ou par le biais d'une hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

Les prestations à domicile offrent ainsi l'équivalent d'une hospitalisation en établissement, à la différence que le personnel soignant est présent ponctuellement sous la forme de tournées, dont le rythme de visite dépend de la pathologie du patient.

La CPS estime que la journée d'hospitalisation à domicile (HAD) coûte en moyenne 34 000 F CFP, soit 1/3 du prix qu'elle constaté au CHPF¹⁹⁸ (100 000 F CFP)¹⁹⁹.

Or, le développement de cette voie reste faible pour certains soins. A titre d'illustration, 87 % des chirurgies des varices sont faites en ambulatoire en métropole contre seulement 1 % en Polynésie française²⁰⁰.

Cet ensemble d'alternatives à l'hospitalisation complète a pu être considéré comme une source d'économies et un moyen de désengorgement de l'hôpital car il était difficile de trouver des structures en aval ou de ramener à domicile les personnes qui n'ont plus la nécessité de rester à l'hôpital.

La Caisse a indiqué que le maintien d'une DGF avec un taux directeur de 0 % a favorisé les prestations ambulatoires dans les cliniques, le coût unitaire des actes étant moins élevés que dans le cadre d'un hébergement complet classique. Cette rigueur tarifaire qui n'est qu'apparente concernant le CHPF n'a pas produit les mêmes effets, et pour cause.

¹⁹⁵ Cf. l'article 7 de la délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 portant réforme du système hospitalier.

¹⁹⁶ Cf. les articles 13 et suivants.

¹⁹⁷ Arrêté n° 285 CM du 10 mars 2003 portant organisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation : structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, et structures dites d'hospitalisation à domicile.

¹⁹⁸ Cf. page 14 du procès-verbal du CA RGS du 11 septembre 2020.

¹⁹⁹ Cf. page 14 du procès-verbal du CA RGS du 11 septembre 2020.

²⁰⁰ Cf. page 7 du procès-verbal de la CSE du 6 octobre 2017.

De surcroît, contrairement à la métropole où la création d'une place en HAD provoque réglementairement la fermeture de deux lits en établissement, le budget HAD en Polynésie française vient en surplus du coût de l'assurance maladie. L'HAD est dans les faits un service complémentaire, en ayant d'abord pour fonction de soulager l'hôpital dont le taux d'occupation moyen serait proche de 90 % (94 % en chirurgie et en médecine). Ce constat confirme l'observation relative à l'existence d'une couverture de soins incomplète, faisant craindre une croissance soutenue des dépenses de santé au cours de ces prochaines années et ce, même en dehors de potentielles « flambées épidémiques » (cf. le § 1.1.3.2).

Cette analyse confirme que la couverture de soins en Polynésie française ne serait pas pleinement étendue, ce qui sous-tend l'existence de prestations de soins qui ne sont pas encore assurées.

L'enveloppe, de 2,43 Mrds F CFP en 2016, a atteint 3,32 Mrds F CFP en 2021, soit une hausse de 37 % en quatre années. Si cette tendance se confirme, ce budget devrait dépasser celui octroyé aux cliniques dès 2022.

Cette hausse soutenue s'explique par l'accroissement de l'activité du maintien à domicile et par l'installation de nouveaux fournisseurs de soins. Il s'agit pour la grande majorité d'entre eux, d'opérateurs privés qui offrent des services à des patients affectés par des maladies chroniques, de prise en charge pré et post hospitalisation ou bien des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation.

Les offres alternatives sont assurées essentiellement par 11 associations et sociétés commerciales.

Tableau n° 33 : Montants versés par la CPS aux structures de soin privées

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
<i>Polyscan(fin:07/17) - Scanner Paofai (depuis juillet 2017)</i>	71 573 313	85 042 355	114 057 787	121 384 300	119 304 254	67%
<i>APAIR</i>	361 075 278	318 951 464	317 970 942	327 294 639	52 792 022	-85%
<i>APURAD</i>	1 530 292 627	1 615 243 685	1 599 708 623	1 388 952 276	1 720 183 916	12%
<i>Centres Handicapés</i>	279 006 259	282 874 871	292 324 408	289 815 223	241 497 756	-13%
<i>Crèche spécialisée</i>	3 141 600	4 810 800	5 728 800	1 905 600	118 800	-96%
<i>ISIS</i>	182 569 826	228 909 384	267 734 236	291 369 626	328 593 122	80%
<i>ISIS NEPHRO</i>			47 625 900	436 584 736	627 417 873	1217%
<i>PACIFIC CARE</i>		7 287 062	28 415 580	30 880 580	44 748 391	514%
<i>SEPRODODM</i>	3 294 189	12 709 512	21 457 210	28 831 587	28 685 770	771%
<i>Soins suite rééducation Polynésie</i>					107 930 145	ns
<i>sous-total</i>	2 430 953 092	2 555 829 133	2 695 023 486	2 917 018 567	3 271 272 049	35%
<i>Fenua Medex (Tetiaroa)</i>		3 600 000	3 600 000	3 600 000	3 600 000	0%
<i>Taote Medex (maison médicale de garde)</i>			26 887 740	33 600 000	45 229 800	68%
<i>sous-total</i>	0	3 600 000	30 487 740	37 200 000	48 829 800	1256%
<i>Total</i>	2 430 953 092	2 559 429 133	2 725 511 226	2 954 218 567	3 320 101 849	37%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

La CPS a passé des conventions avec chaque opérateur, qui ont reçu au préalable pour chacun d'entre eux une autorisation administrative de la part de la COS.

Les services de dialyse à domicile ou en unité de proximité

La commission d'organisation sanitaire (COS) en séance du 12 novembre 2017 a attribué 110 postes de dialyse à deux opérateurs, l'APURAD et ISIS.

- L'association pour l'utilisation du rein artificiel à domicile (APURAD) bénéficie de la prise en charge la plus importante par les régimes sociaux de ce sous-ensemble de partenaires privés, avec 1,7 Mrds F CFP versés en 2020. La participation de la CPS concerne des forfaits de séances, justifiés sur factures individuelles.

La CPS a transmis pour les besoins de l'instruction, une « convention-type – établissement de soins privé de dialyse », qu'elle a signé avec l'APURAD le 19 avril 2018. Sa durée a été fixée jusqu'au 31 décembre 2022.

- L'association polynésienne d'aide aux insuffisants respiratoires (APAIR) a pour objet principal la prise en charge à domicile des malades chroniques graves. Celle-ci a signé une convention de financement le 28 novembre 2006 dont la durée a été fixée à une année renouvelable par tacite reconduction. La contribution de la CPS est soumise à demande préalable.

- Une convention semblable a été signée avec la société ISIS médical le 21 septembre 2018²⁰¹, dont le terme est identique au 31 décembre 2022. Cette société a perçu près de 1,3 Mrds entre 2016 et 2020. Le projet présenté par ISIS correspond à une prise en charge par l'assurance maladie à hauteur de 85 %. Les tarifs et le type de prestations ont été définis dans la convention.

Les affections respiratoires à domicile

Une bonne partie des affections ventilatoires était prise en charge par l'APAIR, qui était saturée.

- L'APURAD a signé le 4 avril 2019 une convention de fusion avec l'APAIR, la première devant absorber la deuxième.

- Une offre supplémentaire de soin a vu le jour (Pacific Care, Isis) avec la prise en charge de l'apnée du sommeil. Le nombre de patients pris en charge pour l'apnée du sommeil a pratiquement triplé (un consensus médical semble se dessiner selon lequel l'obésité est un facteur de risque de l'apnée du sommeil). La CPS a mis en place une convention type en 2014 pour cette catégorie de prestations. La Sarl Pacific care Polynésie a signé cette convention le 8 février 2016. La Sarl Seprodom s'est engagée auprès de la CPS le 20 avril 2016. Cet accord a pour objet d'organiser la dispense d'avance des frais aux patients, notamment par la définition d'une liste d'appareillages dont le prix de vente est inférieur ou égal au tarif de responsabilité.

²⁰¹ Un dossier d'autorisation déposé après de la commission d'organisation sanitaire en 2017.

Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

L'admission des patients en HAD est du ressort du contrôle médical de la CPS. Les soins durent au maximum 45 jours. Dans le cas où les soins sont plus longs, ce sont d'autres dispositifs qui sont mobilisés, tel que le SSIAD. Ce dernier offre, pour les patients à autonomie réduite dont les affections sont chroniques et lourdes, un réseau de soins coordonnés couplé au maintien à domicile. L'assurance maladie rembourse un forfait journalier modulé par le médecin-conseil en fonction de l'étendue de la prise en charge des patients auquel s'ajoute un forfait journalier de soins d'hygiène associé à des soins en kinésithérapie.

La Caisse et la société Europ assistance Océanie (EAO) ont signé une convention le 25 février 2010. Renouvelable par tacite reconduction, elle a été modifiée par quatre avenants. L'activité a été soumise à un plafond en 2013, supprimé à compter du 1^{er} janvier 2016, « compte tenu des besoins croissants de prise en charge à domicile et dans l'attente de la mise en place de structures d'hospitalisation à domicile (HAD), prévue par le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 ». Un plafond d'activité à 21 900 jours a été rétabli le 18 février 2019.

Par ailleurs, un service d'hôpital de jour a été organisé récemment. La convention entre la SARL SSRP (soins de suite de rééducation et de réadaptation polynésien) et la CPS a été signée le 1^{er} septembre 2019. L'activité a démarré à la mi-janvier 2020. Le paiement de la CPS est calculé à partir d'un prix à la journée. Le nombre de lits est plafonné à 11. Un contrat de moyens a été ajouté le 7 janvier 2020 concernant les patients hospitalisés sans hébergement. Ce contrat a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2021 par avenant signé le 31 décembre 2020. La société se doit de produire un bilan au plus tard le 31 juillet 2021 pour évaluer la pertinence de poursuivre la coopération avec la CPS, ce qu'elle a fait selon la Caisse.

Les examens radiographiques

- La convention avec la société civile de moyens Polyscan a été signée le 30 juillet 2007, suite à son autorisation d'installer un scanographe par l'arrêté n°118/MSP du 27 avril 2006. Une série d'avenants a modifié la grille tarifaire applicable. La Sarl scanner Paofai qui a pris la suite, s'est engagée auprès de la CPS par convention le 17 juillet 2017.

- Une convention a été signée entre le CHPF et IRM de Tahiti le 30 juin 2021 dont l'objet est la garantie de la permanence en matière d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en cas d'urgence médicale avérée en cas d'indisponibilité des équipements de l'une des parties. La convention entre la Sarl IRM de Tahiti et la CPS a été signée le 26 juillet 2021, avec une prise d'effet le 8 juillet 2021 (article 13). Elle est renouvelable par tacite reconduction.

Il s'agit d'une participation sous la forme du tiers-payant. Les tarifs de ces actes sur la base des tarifs applicables actuellement au CHPF et dont la mise en œuvre est prévue au mois de mai 2021.

La maison médicale de garde – Taote Medex

Le CHPF a signé une convention le 31 août 2017 avec la société Taote Medex, en vue de mettre en place une maison médicale de garde (MMG) dans ses propres locaux. Cette convention est renouvelable annuellement par tacite reconduction. L'objectif est de « participer à la permanence des soins de ville », qui n'est « pour la zone urbaine de Tahiti (Mahina-Paea) qu'imparfaitement assurée en médecine de ville et pas du tout par les structures de santé publiques ».

Le CHPF évalue à environ 35 à 40 % la proportion de patients qui se rendent aux urgences pour des motifs qui relèvent plutôt de la médecine de ville, constat qui n'est pas propre à la Polynésie française.

Le projet vise à réorienter les patients qui se présentent au service des urgences de l'hôpital, si leur état de santé le justifie, vers la MMG. Celle-ci est ouverte hors des horaires d'ouverture des cabinets des praticiens libéraux.

La société s'engage à verser un loyer annuel de 1,2 MF CFP à l'hôpital.

Le 15 mars 2018, le CHPF, la société Taote Medex et la CPS ont conclu une convention d'une année renouvelable une fois, relative à la « mise en place d'une expérimentation en matière de santé publique : la maison médicale de garde ».

Cette opération est financée au titre du fonds de santé publique (cf. le § 1.3.2.).

La CPS s'est engagée à verser, à partir de factures mensuelles, une contribution financière composée d'une part forfaitaire pour la prise en charge des charges fixes évaluées à 9,060 MF CFP par an, et d'une part variable, correspondant à la rémunération des professionnels de santé employés par la société, dont le montant est estimé dans le contrat à 24,506 MF CFP.

Un comité technique d'évaluation doit être mis en place. Il est prévu en outre que dans le cas d'un résultat excédentaire, la société s'engage à en reverser la moitié.

Un avenant signé le 14 février 2019 a prorogé la convention en 2019, pour un montant identique.

La pratique des COM ayant été étendue dans le temps, la convention a été renouvelée le 12 janvier 2020 (31,1 MF CFP). Par la suite, l'enveloppe a été majorée par avenant n°3 du 6 juillet 2020 de 5 MF CFP par mois dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, intégrant la MMG dans la filière COVID. Le 10 novembre 2020, la contribution de la CPS est portée à près de 64 MF CFP. Le 14 janvier 2021, un avenant reconduit l'opération pour 30,4 MF CFP pour l'année en cours.

La télémédecine Fenua Medex

Comme précédemment, cette opération est financée au titre du fonds de santé publique (cf. le § 1.3.2.). La CPS prend en charge au titre de l'assurance maladie les consultations médicales des salariés d'un employeur hôtelier installé sur l'atoll privé de Tetiaroa. Le remboursement forfaitaire est identique chaque année depuis 2017, lorsque le service a démarré.

Pour justifier d'un suivi de ces offres alternatives et de ces deux expérimentations, la CPS a communiqué des bilans produits par les exploitants.

Elle a indiqué sur cet aspect que depuis 2019, l'ARASS demande par courrier aux porteurs de projets de lui adresser directement leurs bilans d'exécution, pour lui permettre de conduire ses analyses, et de ne plus communiquer ces documents à la CPS. L'ARASS par la suite présente ses évaluations en commission de santé élargie. La Caisse a précisé que l'ARASS conduit une analyse médico-économique, sur des projets financés par la suite par les régimes sociaux, pour lesquels la CPS réalise des études budgétaires en préparation des séances de vote des budgets annuels par les instances dirigeantes. Elle y voit donc une disjonction entre gestions médico-économique et financière alors qu'elles sont liées étroitement, situation préjudiciable à l'efficacité globale de la démarche d'évaluation. C'est la raison pour laquelle, la direction de la Caisse a demandé en 2021 à l'ARASS de participer aux analyses médico-économiques.

Ces deux opérateurs privés n'ont pas adressé de réponse dans le cadre de la contradiction.

3.4.4 Les activités relevant de la direction de la Santé

La délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 portant réforme du système hospitalier modifiée distingue six catégories de structures de soins qui relèvent de la direction de la Santé. Cette nomenclature a été revue, notamment par l'arrêté n°1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la direction de la Santé. Elle a ainsi en responsabilité quatre hôpitaux périphériques, 11 dispensaires et 147 structures sanitaires diverses (centres médicaux, centres dentaires, infirmeries, postes de secours, centres de santé et de médecine préventive, centres de consultations spécialisés). Près de 1 100 agents y exerceraient leur activité.

La CPS a versé au Pays au cours de la période sous revue au titre des soins assurés par les structures de la direction de la Santé un total cumulé de 7,44 Mrds F CFP. Cette somme finance au moyen de dotations les hôpitaux dits périphériques, les dispensaires, et l'institut Louis Malardé (ILM).

Le Pays inscrit chaque année à son budget des crédits dédiés à sa politique de santé. Une partie est affectée à la direction de la Santé et aux structures de soins qui en dépendent. La collectivité est remboursée par la CPS au prorata du coût de ces soins.

La relation financière est en fait tripartite : les structures de santé de la direction de la Santé adressent leurs factures de soins à la CPS, qui procède au remboursement de ces frais par le versement des sommes correspondantes au Pays qui l'enregistre sur son budget général. En théorie, le montant des recettes équivaut à leurs dépenses.

Ce ne serait pas le cas en pratique, l'une des causes étant l'absence de comptabilité analytique dans les structures de soins qui empêche un suivi exhaustif. Les effets en sont délétères : La direction de la Santé a indiqué en 2016 en commission de santé élargie²⁰² que le système informatique est « complètement obsolète », posant des problèmes dans la facturation des actes.

La CPS constate encore en 2021 qu'elle n'a aucune visibilité sur l'activité réelle de ces établissements, qui enregistrent des retards dans l'émission de leur facture, et de surcroît, ils réalisent une partie des soins sans les facturer à la CPS.

²⁰² Cf. page 44 du procès-verbal de la CSE du 29 septembre 2016.

A cela s'ajoute les difficultés de la Caisse à transmettre un état consolidé des budgets relatifs aux COM octroyés à la collectivité concernant les actions de prévention conduites par la direction de la Santé (cf. le § 1.3.2).

C'est la raison pour laquelle, la Chambre mentionne les dotations versées, avec un doute sur la ligne contrats d'objectifs et de moyens.

Tableau n° 34 : Montants versés par la CPS à la direction de la Santé hors COM

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation brute 2016-2020
<i>Hôpital Moorea</i>	58 017 413	60 149 746	62 847 424	65 736 514	59 720 065	3%
<i>Hôpital Taiohae</i>	79 404 078	76 993 794	93 599 982	87 720 987	96 222 301	21%
<i>Hôpital Taravao</i>	130 994 712	133 786 537	142 370 682	165 287 712	119 726 156	-9%
<i>Hôpital Uturoa</i>	397 933 063	419 359 491	410 723 983	480 989 736	502 117 930	26%
<i>sous-total</i>	666 349 266	690 289 568	709 542 071	799 734 949	777 786 452	17%
<i>Dispensaires forfait</i>	615 966 405	687 992 187	601 795 680	220 931 603		-100%
<i>Institut L. Malardé</i>	312 508 272	316 404 528	327 121 493	368 334 831	349 737 120	12%
<i>Total</i>	1 594 823 943	1 694 686 283	1 638 459 244	1 389 001 383	1 127 523 572	-29%

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

Le tableau ne mentionne pas les financements octroyés au titre des contrats d'objectifs et de moyens (COM), faute de disposer de données fiables, comme indiqué précédemment au § 1.3.2.

Le ministère de la Santé en charge de la prévention a fixé dans ses orientations budgétaires au titre de l'exercice 2019²⁰³ l'objectif de « réajustement du niveau de prise en charge de la DGF » du CHPF par les régimes, en lien avec « la baisse des recettes hors dotation constatée depuis 2016, pour lui assurer les moyens de son fonctionnement. Pour ce faire, a été préconisé d'augmenter sa DGF par un abattement des dépenses à hauteur de 200 MF CFP pour les dispensaires et de 100 MF CFP pour les hôpitaux de la santé publique ».

La situation particulière de ces établissements a été étudiée.

La Polynésie française dispose au cours de la période de quatre hôpitaux dits « périphériques », dont Taravao, Moorea, Taiohae, et Uturoa. La chimiothérapie a démarré en mai 2018 à Taravao, et en juin 2018 à Uturoa.

La direction de la Santé a reçu l'autorisation en 2017 d'ouvrir 26 lits d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation répartis entre ses quatre hôpitaux.

Ils ont perçu de la part de la CPS un total cumulé sur la période de 3,6 Mrds F CFP. Les dotations individuelles sont différentes d'un établissement à l'autre.

Ces financements sont organisés par la convention signée par la CPS et le président du Pays le 31 juillet 1995 dans le cadre de la nouvelle PSG à l'époque. Les modalités n'ont pas évolué depuis, l'arrêté n°145 CM du 10 février 1995 est en effet resté inchangé.

²⁰³ Lettre n°1029/MSP du 5 novembre 2018.

Son article 1^{er} fixe un prix de journée d'hospitalisation à 22 000 F CFP pour l'établissement de Uturoa et de 18 000 F CFP pour les autres (Afareaitu, Taiohae, Taravao et Vaiami)²⁰⁴. Certains actes sont facturés en sus du prix de journée²⁰⁵.

Les tarifs des soins externes ont été fixés par un autre texte pris en 1996²⁰⁶, qui lui, a été mis à jour depuis.

Le budget global de la Caisse qui leur est affecté a été porté à 900 MF CFP en 2019, au lieu de 700 MF CFP habituels, pour tenir compte des rattrapages des retards dans la facturation des actes par les équipes des hôpitaux périphériques. La directrice de la Santé a indiqué de surcroît en commission santé élargie en 2018 que 40 % des consultations n'étaient pas facturées, et que le suivi des factures rejetées par la CPS n'était pas toujours assuré²⁰⁷.

La contribution a été fixée à 633 MF CFP pour l'exercice 2020 par l'avenant n°3 du 13 janvier 2020. L'avenant n°4 du 8 janvier 2021 fixe un plafond de 160 MF CFP pour l'année.

Le remboursement par les régimes sociaux est en pratique forfaitaire. L'enveloppe est fixée par la lettre de cadrage ministérielle. La différence entre la prise en charge par les régimes sociaux et le coût réel des services est assurée par le budget du Pays : la diminution constatée ces dernières années des financements des régimes entraîne de facto un développement du financement des établissements de la direction de la Santé par la fiscalité collectée par le Pays.

3.5 Les évacuations sanitaires

Lorsque la prise en charge médicale n'est pas possible techniquement sur place, tous les ressortissants de la CPS en Polynésie française peuvent bénéficier d'une évacuation sanitaire. Ces évacuations sont programmées ou répondent à un cas de force majeure.

Les évacuations sont réalisées, en fonction des capacités locales de soins, vers les hôpitaux périphériques de la direction de la Santé dans les îles, à Tahiti (« évasans » inter-îles), ou en Nouvelle-Zélande et en métropole (« évasans » internationales).

Ces cas de figure sont à différencier de la prise en charge par l'assurance-maladie des soins de ressortissants de la CPS qui sont en déplacement, en séjour ou en détachement hors du territoire. Ces situations particulières sont prévues par la réglementation de chaque régime²⁰⁸. Les frais de transport ne sont pas pris en charge. Entre 2016 et 2020, la CPS a remboursé un total de 4,3 Mrds F CFP. Ces dépenses ne sont pas incluses à raison dans les budgets « évasan ».

²⁰⁴ Arrêté n°145 CM du 10 février 1995.

²⁰⁵ Le contenu de l'article 6 de l'arrêté n°145 CM est le suivant : « Par exception, les actes de scanographie, séances de dialyse, fourniture de prothèses, cessions de spécialités médicamenteuses coûteuses, ainsi que les actes professionnels et de biologie médicale d'une valeur unitaire égale ou supérieure à 20 000 F CFP sont facturés en sus du prix de journée. »

²⁰⁶ Arrêté n°1435 CM du 24 décembre 1996 modifié

²⁰⁷ Cf. page 33 du procès-verbal de la CSE du 2 octobre 2018.

²⁰⁸ Au titre du RGS, l'article 9.1 b) de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 ; Pour le RSPF, l'article 23 b) de la délibération n° 95-262/AT du 20 décembre 1995, et l'article 16 de la délibération n° 94-170/AT du 29 décembre 1994 concernant le RNS.

Tableau n° 35 : Montants des soins effectués sur place à l'étranger pris en charge par la CPS*en francs CFP*

	HT- Métropole		HT- Nouvelle-Zélande		HT- Etrangers Divers		HT- Nouvelle-Calédonie		HT- Etats Unis		Somme :	
	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.	Nbre de bénéficiaires	Mont. Remb.
2016	2 318	273 452 385	228	23 284 744	169	14 992 999	122	7 401 971	90	7 049 570	2 869	326 181 669
2017	2 191	307 750 849	228	19 522 422	179	21 260 875	93	26 242 923	71	12 157 434	2 711	386 934 503
2018	2 241	329 758 619	203	16 476 920	187	17 209 885	114	8 747 975	56	455 131	2 744	372 648 530
2019	2 073	291 686 219	202	32 181 669	199	15 054 651	103	6 522 210	58	1 740 509	2 592	347 185 258
2020	1 269	177 733 711	62	22 906 925	95	23 668 089	63	1 484 657	10	517 776	1 480	226 311 158

Source : D'après CPS – situation au 31 octobre 2021.

Le coût des évacuations sanitaires entre 2016 et 2020 a atteint un total cumulé de 27 Mrds F CFP, réparti entre les opérations inter-îles, 8,81 Mrds F CFP soit 32,6 % du total, et 18,23 Mrds F CFP pour les soins hors du territoire, soit 67,4 %.

3.5.1 Les évacuations inter-îles

En Polynésie française, 64 îles sont habitées à ce jour. Dans la plupart de ces îles, une infirmière, au mieux, est en poste sur place, mais pour l'essentiel il s'agit d'auxiliaires de santé. Ils ont donc besoin d'accompagnement, et sont en principe en liaison avec l'équipe médicale de la direction de la Santé à Papeete.

Un dispositif de consultations médicales spécialisées dans les îles existe. En 2016, les praticiens du CHPF ont réalisé 16 400 consultations, auxquelles doivent être ajoutées celles effectuées par leur collègue de l'hôpital public d'Uturoa (600), et celles organisées par les médecins libéraux aux îles-sous-le-vent (2 340). Les consultations dans les îles mises en place à l'occasion de déplacements de professionnels de santé sont réparties en deux enveloppes : les dépenses de billetterie des patients vers le centre de consultation qui font partie du budget « évasan » inter-îles, et le contrat d'objectif et de moyen CSA qui finance les frais de missions des équipes médicales et le fret permettant le transport de leur matériel.

Un médecin coordinateur a été nommé par la direction de la Santé en 2016, et un comité de coordination (DS, CPS et CHPF), sous pilotage de la direction de la Santé, a été mis en place à la même époque. La CPS a indiqué sur cet aspect que cette coordination n'est pas facilitée par l'affectation du médecin à Raiatea et non pas à Tahiti, et qu'au surplus, depuis au moins 2018, aucune réunion n'a été organisée.

Faute d'études générale en matière d'évacuations sanitaires, il n'est pas possible d'évaluer les effets de l'absence en Polynésie française d'un véritable réseau de soins intégré, faute de coordination complète, de pilotage unique et d'évaluations croisées entre la CPS, les établissements de soins, les professionnels de santé et le Pays. Il est tout de même envisageable d'estimer que la combinaison de deux facteurs, l'insularité éloignée et une population des îles qui n'est pas en meilleure santé que celle de Tahiti, lorsque sont considérés par exemple les chiffres en matière de diabète par archipel, impose l'organisation des évacuations sanitaires en masse. La télémédecine, qui pourrait diminuer le recours aux évacuations des patients vers Tahiti, en reste encore en majorité à quelques expérimentations, au surplus sur des îles « privées » pour l'essentiel.

Dans ces conditions, seuls un examen précis de conditions d'octroi et de gestion des « évasans » couplé à des contrôles renforcés, est susceptible d'apporter une amélioration dans la sollicitation du dispositif.

3.5.1.1 Économie du dispositif inter-îles

Un total de 76 485 évacuations sanitaires inter-îles a été dénombré par la CPS entre 2016 et 2020. Ces données incluent l'île de Moorea. L'assurance maladie a déboursé sur la même période un total cumulé de 8,81 Mrds F CFP.

La CPS définit les opérations programmées comme celles qui correspondent aux rendez-vous pour effectuer des analyses ou des examens médicaux qui ne sont pas réalisables sur place. Les évacuations urgentes répondent à des situations d'urgence vitale nécessitant une intervention. Celles-ci sont régulées par le service d'aide médicale urgente (SAMU).

Dans le cas des « évasans » dites programmées, les demandes sont à l'initiative du professionnel de santé sur place ou de l'assuré. La demande rédigée par le médecin lorsqu'il est présent sur place, ou par un agent de la direction de la Santé présent dans l'île, est adressée à l'antenne de la CPS la plus proche. Après instruction administrative, celle-ci établit un bon qu'elle remet à l'agence de la compagnie Air Tahiti.

A la fin du séjour du patient, le médecin qui a assuré la prise en charge renseigne une attestation de fin de soins, qui permet à la CPS d'adresser un bon de retour à Air Tahiti pour émission du titre de transport. L'avis médical du service du contrôle médical au siège de la CPS appartient à un circuit différent du contrôle administratif. L'achat du titre aérien peut donc précéder l'avis médical, faute de centralisation des deux procédures.

Dans les faits, la CPS a confirmé que dans la majorité des cas d'évacuations programmées, les deux premières « évasans » sollicitées par un assuré sont autorisées sur simple examen administratif des antennes de la CPS, hormis pour les ressortissants des Tuamotu-Gambier, où une procédure différente est mise en œuvre par la direction de la Santé. En effet, les demandes des assurés de cet archipel à l'aller et au retour concernant des évacuations programmées sont centralisées au centre de santé des Tuamotu-Gambier de Papeete.

Il est difficile d'affirmer au vu des données disponibles, qui sont succinctes, que cette organisation centralisée est un moyen efficace de régulation qui aide à diminuer l'utilisation du service. Le calcul de l'intensité de départ effectué par la Chambre pour l'exercice 2017 ne confirme pas cette particularité. D'autres facteurs peuvent par ailleurs intervenir et venir limiter l'interprétation des ratios obtenus.

Tableau n° 36 : Nombre d'évacuations sanitaires rapportées à la population de chaque archipel

	2017	pop rec. 2017	Evasan/hab
% Iles-sous-le-Vent	6 466	36 216	5,6
% Marquises	2016	9 835	4,9
% Australes	1520	7 233	4,8
% Tuamotu-Gambier	3239	17 559	5,4

Source : CTC d'après données CPS et ISPF.

En tout état de cause, la Chambre regrette encore une fois l'absence d'étude médico-économique détaillée. La CPS, mais également le Pays ou le CHPF ne se sont pas emparés de cette question malgré les enjeux, afin notamment de conclure à l'existence ou non d'abus sous la forme d'un droit de tirage de voyages entre les îles et Tahiti financé par les régimes sociaux (RGS et RNS) et par le budget du Pays (RSPF). Il est temps d'objectiver cette question, face, au surplus, à une accélération du phénomène.

L'essentiel des postes de dépenses connaît en effet une augmentation entre 2016 et 2019, portée à parité par un effet volume (+ 11 % du nombre de bénéficiaires) et par un effet prix (+ 11 % du coût moyen par bénéficiaire). Or, 83 % du budget réalisé correspond aux transports aériens (7,3 Mrds F CFP cumulés). Trois opérateurs assurent le transport par avion, Air Tahiti, le ministère des armées, et Air Archipels.

Tableau n° 37 : Ventilation des dépenses prises en charge par la CPS au titre des évacuation sanitaires inter-îles

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	Var. brute 2016 - 2019	2020 (pour mémoire)
Frais de transports aériens Air Tahiti	900 280 081	982 145 148	1 051 143 501	1 098 963 865	22%	808 492 720
Frais de transports aériens militaires	261 062 975	91 164 847	281 904 314	422 366 624	62%	506 766 078
Frais de transports aériens Air Archipels	196 468 597	194 155 357	190 240 908	182 558 237	-7%	140 912 658
Frais de transports bateau	64 255 791	71 365 273	76 383 503	80 549 712	25%	62 598 832
Frais de transports hélicoptère	41 095 840	5 475 000	1 800 000	49 035 250	19%	35 389 792
Frais de transports terrestres	17 545 545	19 641 020	25 947 375	27 745 184	58%	21 860 771
Frais de transports Autre	71 600	264 506	71 575	92 876	30%	83 214
Frais de séjour	170 397 923	173 025 527	193 892 004	186 695 170	10%	171 333 730
Frais autopsie & funéraires	1 716 584	1 662 268	1 359 176	1 763 578	3%	1 227 999
Total des dépenses (1)	1 652 894 936	1 538 898 946	1 822 742 356	2 049 770 496	24%	1 748 665 794
Nombre de bénéficiaires (2)	19 690	20 197	21 346	21 930	11%	19 061
dont patients	14 616	15 108	15 967	16 417	12%	14 377
dont accompagnateurs famille agréés	5 074	5 089	5 379	5 513	9%	4 684
Coût moyen = (1) / (2)	99	104	143	106	7%	140
Population couverte Hors Tahiti	76 678	76 894	77 930	77 730	1%	79 678
Évasans inter-îles programmées						
Frais de séjours et de déplacements - local	1 010 864 051	1 103 630 739	1 201 529 791	1 246 247 207	23%	923 046 382
Autopsie et funéraire	719 090	446 430	467 088	1 008 784	40%	744 500
Total prestations en nature	1 011 583 141	1 104 077 169	1 201 996 879	1 247 255 991	23%	923 790 882
Évasans inter-îles urgentes						
Frais de séjours et de déplacements - local	640 314 301	433 605 939	619 853 389	801 759 711	25%	824 391 413
Autopsie et funéraire	997 494	1 215 838	892 088	754 794	-24%	483 499
Total prestations en nature	641 311 795	434 821 777	620 745 477	802 514 505	25%	824 874 912
Évasans inter-îles programmées et urgentes						
Frais de séjours et de déplacements - local	1 651 178 352	1 537 236 678	1 821 383 180	2 048 006 918	24%	1 747 437 795
Autopsie et funéraire	1 716 584	1 662 268	1 359 176	1 763 578	3%	1 227 999
Total prestations en nature	1 652 894 936	1 538 898 946	1 822 742 356	2 049 770 496	24%	1 748 665 794

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

136 751 dossiers d'évacuation sanitaire inter-îles programmées ont été traités par la CPS entre 2016 et 2020. Dans le même temps, 16 381 cas urgents ont été pris en charge.

L'augmentation du coût des opérations urgentes est due pour l'essentiel à un effet prix. Le coût moyen unitaire a été majoré de 19 % sur la période. En cause, le recours plus important aux moyens militaires, pour compenser, selon la CPS, les « défaillances » du transporteur aérien civil, Air Archipels, confronté à des pannes, un manque de personnels, et une réglementation contraignante sur les heures de vol.

Tableau n° 38 : Répartition des évacuations sanitaires inter-îles

	2016	2017	2018	2019	Variation brute 2016 / 2019	2020 (pour mémoire)
Programmées						
<i>nbre de dossiers</i>	25 447	27 859	29 779	30 627	20%	23 039
<i>coûts</i>	1 011 583 141	1 104 077 169	1 201 996 879	1 247 255 991	23%	923 790 882
<i>coût moyen par dossier</i>	39 753	39 631	40 364	40 724	2%	40 097
Urgentes						
<i>nbre de dossiers</i>	3 284	3 125	3 265	3 464	5%	3 243
<i>coûts</i>	641 311 795	434 821 777	620 745 477	802 514 505	25%	824 874 912
<i>coût moyen par dossier</i>	195 284	139 143	190 121	231 673	19%	254 356

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

L'examen des relations contractuelles entre la CPS et les opérateurs de transport aérien appellent à un ensemble de remarques.

La relation contractuelle entre la CPS et Air Tahiti subit un formalisme limité. La Caisse en effet n'a plus de convention en tant que tel avec cette compagnie depuis 2006. Les tarifs et les prestations ne font donc pas l'objet d'un cadre contractuel qui protège les deux parties.

En 2009 et en 2010, Air Tahiti a proposé par simple courrier une ristourne applicable sur la dépense globale payée par la Caisse. Cette ristourne a été formalisée dans un protocole d'accord signé le 30 décembre 2010, avec comme date d'effet, le 1^{er} janvier 2010 pour l'année civile.

Pour la période de 2011 à 2019, la CPS n'a pas été en mesure de produire un document actualisé précisant la relation avec la compagnie locale.

Le 5 septembre 2019, les deux parties ont enfin signé un protocole d'accord relatif à la ristourne commerciale consentie par la compagnie Air Tahiti à la CPS, assise sur le montant total des titres de transport qu'elle achète. Il y est précisé que ce sont les pleins tarifs publics qui sont applicables. Cette ristourne est calculée sur la base du chiffre d'affaires annuel constaté, et fait l'objet d'un versement par Air Tahiti au plus le 31 décembre N + 1. Ce contrat succinct, qui a pris effet à la date de sa signature, est renouvelable par tacite reconduction. **Un courrier du 28 janvier 2020 d'Air Tahiti fait état d'une ristourne calculée de 5,69 % au titre de l'exercice 2019 à hauteur de 61 760 798 F CFP (61,7 MF CFP).** En parallèle, Air Tahiti dans un autre courrier fixe des tarifs unilatéralement à la CPS (tarifs majorés pour transport par civière dans un courrier du 2 décembre 2019 adressé par la direction commerciale au chef du service du contrôle médical).

La situation actuelle de quasi-monopole de la compagnie Air Tahiti ne peut pas justifier pleinement ni cette situation conventionnelle insuffisante, ni les conditions commerciales observées. La Caisse aurait intérêt à solliciter le soutien du Pays compte tenu de ses compétences larges en matière de transports inter insulaires, notamment sur la question de la tarification.

La convention relative aux évacuations sanitaires urgentes par vol spécial signée entre la compagnie Air Archipels et la CPS en 2016 est un contrat d'une durée d'un an reconductible quatre ans. Il prévoit un forfait mensuel de 10,16 MF CFP HT et un prix révisable à l'heure de vol fixé à 199 500 F CFP. En cas d'inexécution des prestations de vol notamment, l'article 13 prévoit la possibilité de résilier l'accord. L'avenant n°1 signé en 2019 a prorogé la durée d'exécution de la convention, en fixant un terme à 6 années, renouvelé par tacite reconduction par périodes de trois années. Cet avenant a fixé une obligation de moyens et non pas de résultat, car si le principe de pénalités en faveur de la CPS a été posé, les modalités ne sont pas précisées, étant renvoyées à négociation entre les parties. Par ces dispositions floues, la CPS encourt un risque élevé en cas de mauvaise exécution et d'inexécution totale des prestations par la compagnie aérienne. Cela s'est vérifié, la Caisse ayant indiqué des carences dans le service fourni par cette compagnie. L'avenant n°2 signé le 5 mai 2021, mais prenant effet le 1^{er} janvier 2021, a modifié les conditions de rémunération du service. Il ressort des éléments qui précèdent, qu'au-delà des difficultés d'exécution, la CPS a subi sa relation contractuelle, et qu'à tout le moins, la convention mériterait d'être mieux définie.

Certaines évacuations urgentes peuvent être également effectuées par la SAS Tahiti Nui Helicopters ou par le ministère des armées.

La convention lie la CPS, le CHPF et la société depuis le 19 novembre 2018. Un nouvel accord a été conclu le 1^{er} septembre 2019.

Une convention relative aux transports sanitaires de personnes civiles extérieures au ministère de la défense par moyens aériens des forces armées de Polynésie française a été signée par les deux parties le 23 mai 2016. Les tarifs sont fixés par acte réglementaire du ministère des armées. Ces deux ensembles contractuels qui sont précis n'appellent pas à remarque.

3.5.1.2 Examen réglementaire du dispositif inter-îles

La délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés modifiée par la loi du Pays n°2011-18 du 11 juillet 2011 a prévu les modalités de prise en charge des patients en cas d'évacuation inter-îles :

- sont pris en charge les frais d'hébergement et de transport terrestre de ceux qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae. La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois jours, sauf dérogation sur avis du médecin-conseil (articles 11 et 11.1) ;

- les frais de transport sont remboursés par la CPS sur la base de tarifs qu'elle a homologués (article 13).

En pratique, la CPS s'est éloignée de la réglementation sur deux aspects :

- par l'instauration d'un tiers payant pour faciliter la prise en charge des frais : elle fait l'avance financière auprès des patients en achetant pour leur compte des bénéficiaires les titres de transport Air Tahiti et Air Archipels, et rembourse le ministère des armées sur états de frais. Cette situation peut parfaitement se comprendre sur le plan social. Cependant, la règle du Pays impose aux patients d'acheter eux-mêmes leur titre de transport. Ils pourraient d'ailleurs bénéficier de tarifs moins élevés que la CPS, assujettie au tarif plein. Il s'agit dès lors de faire correspondre le service rendu et la réglementation quitte à la modifier si le besoin s'en fait sentir.
- par une note de service, elle a décidé de porter la durée d'hébergement de 3 à 30 jours.

La lecture des procès-verbaux des conseils d'administration a indiqué que la direction et les administrateurs connaissent cette situation, sans engager une réflexion de régularisation pour autant.

La CPS n'a aucunement la capacité à modifier elle-même la réglementation du Pays. Elle est invitée dorénavant à réfléchir sur de telles mesures, et renforcer en contrepartie la qualité de ses échanges avec la Polynésie française afin d'envisager les évolutions réglementaires nécessaires dans la concertation, notamment la régularisation du tiers payant (qui peut être compréhensible pour des raisons sociales).

Un rapport de la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire été présenté le 28 octobre 2021 à l'Assemblée de la Polynésie française. Ce document présente 90 préconisations. La CPS a indiqué que trois préconisations la concernent directement :

- le manque de communication avec la direction de la Santé et Air Tahiti, entraînant des difficultés administratives au retour programmé de patients dans leur île ;
- la clarification nécessaire de la mission d'assistance et de secours des communes, et du remboursement à envisager par les régimes sociaux de leur prise en charge financière des frais de transports sanitaires et funéraires ;
- instaurer un numéro d'appel d'astreinte à la CPS.

La direction de la CPS a indiqué avoir pris connaissance de ce rapport.

En conclusion, la Chambre demande à la CPS de régulariser ses procédures, de renforcer sensiblement son rôle de régulation des évacuations inter-îles notamment par un contrôle coordonné. La mise en place d'un véritable e-service « évasan » pourrait utilement participer à cette amélioration.

La Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°8 : Centraliser la régulation et le contrôle des évacuations sanitaires inter-îles dès 2022.

3.5.2 Les évacuations sanitaires internationales

Les évacuations sanitaires à l'extérieur de la Polynésie française comprennent les hospitalisations et les frais de déplacement et de séjour. Elles sont organisées à l'origine par trois délibérations, une par régime²⁰⁹.

Depuis 1995, l'assuré bénéficie du tiers payant à 100 %²¹⁰ :

- les frais médicaux liés à l'évacuation sanitaire pour les patients évacués en métropole ou en Nouvelle-Zélande. Ces frais sont remboursés sur la base des tarifs métropolitains si les soins sont dispensés en métropole, et sur la base des tarifs réglementaires en vigueur en Nouvelle-Zélande ;
- les frais de transport aller-retour, ainsi que les frais de l'accompagnateur familial ou médical pour les enfants de moins de 16 ans ou 18 ans et plus avec dérogation ;
- l'hébergement du patient et celui de l'accompagnateur dans des structures conventionnées ou sur la base d'un tarif forfaitaire si l'hébergement est non conventionné ;
- le transport entre les lieux d'hébergement et les centres de soins ;
- le rapatriement de la dépouille mortelle en cas de décès.

En métropole, la cardiologie et la cancérologie représentent la majorité des transferts, en nombre et en coûts (examens et soins). La Nouvelle-Zélande accueille pour la plus grande partie des patients polynésiens en cancérologie (Pet scan), ainsi que les soins des grands brûlés. La direction de la Santé a annoncé en 2018 à la Caisse que le Pet scan serait installé à Tahiti courant 2020. La direction de la CPS a précisé au cours de l'instruction que cet équipement ne serait pas opérationnel avant fin 2023, ce qui implique la poursuite des évacuations sanitaires internationales pour les affections correspondantes.

²⁰⁹ Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 (RGS), par la délibération n° 94-170/AT du 29 décembre 1994 (RNS), et par la délibération n° 95-262/AT du 20 décembre 1995 (RSPF).

²¹⁰ Cf. l'article 9.1 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

3.5.2.1 Une régulation sous-traitée

Par délibération de l'Assemblée de la Polynésie française n° 2001-6 AT du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du Pays, la collectivité a confié la mission de service public à la Caisse dans tous ses aspects : organisation, suivi et gestion de l'ensemble du dispositif médical, administratif et social. L'analyse des objectifs²¹¹ doit être effectuée par un comité d'évaluation. Il ne s'est pas réuni depuis 2008.

La CPS a fait le choix de confier une partie de la gestion du service public des évacuations sanitaires internationales à Europ Assistance Océanie (EAO). Il a été désigné en 2011 comme prestataire chargé de la régulation des évacuations sanitaires internationales suite à appel d'offres lancé par les trois régimes en 2010. La convention de prestation est arrivée à son terme le 31 décembre 2013.

L'appel à consultation lancé en décembre 2013 ayant été rendu infructueux²¹², la convention avec EAO a été prorogée jusqu'au 31 décembre 2014. Un nouveau contrat d'une durée d'un an a été signé pour l'exercice 2015 sur la base des prestations et tarifs 2014. En septembre 2016, dans l'attente de la priorisation des recommandations du schéma d'organisation sanitaires, les régimes se sont prononcés pour le renouvellement de la convention 2016 avec le même opérateur pour 2017.

Il a été décidé de lancer, début 2017, à nouveau, une consultation restreinte au niveau local, de façon à renégocier les prestations et les tarifs dans le cadre d'une convention de cinq ans et en intégrant comme option un volet régulation inter-îles.

A cette occasion, un prévisionnel d'activité exprimé en nombre d'évacuations a été présenté aux instances²¹³.

Destination	nature Easan	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
France	Médicalisée	148	158	174	190	206	222	238
	Non médicalisée	316	306	311	316	321	326	331
	<i>sous total</i>	<i>464</i>	<i>464</i>	<i>484</i>	<i>505</i>	<i>526</i>	<i>547</i>	<i>568</i>
NZ	Médicalisée	98	105	116	127	138	149	160
	Non médicalisée	112	157	151	162	174	186	198
	<i>sous total</i>	<i>210</i>	<i>262</i>	<i>267</i>	<i>289</i>	<i>312</i>	<i>335</i>	<i>358</i>
TOTAL		674	726	751	795	838	882	926

La mise en concurrence a été conduite entre le 24 juin et le 24 août 2017. L'offre formulée par EAO a été retenue. La CPS et EAO se sont ainsi engagés par convention le 12 mars 2018, avec une prise d'effet le 1^{er} janvier 2018 pour une durée de cinq années.

La rétroactivité constatée une fois de plus indique un calendrier mal maîtrisé de la part de la CPS.

²¹¹ Article 3 de la délibération n°2001-6 AT du 11 janvier 2001 : faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessités par une évacuation sanitaire ; améliorer la qualité de soins et de service aux usagers ; centraliser les données nécessaires à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires ; informer les pouvoirs publics sur l'évolution de la prestation.

²¹² La commission de santé élargie avait adopté le principe d'une consultation restreinte pour offres de services lors des séances des 9 et 16 octobre 2013.

²¹³ Cf. page 36 du PV du CA RGS du 6 juin 2017.

L'examen des dépenses prises en charge par la CPS indique que les prévisions de l'époque se situaient légèrement en-dessous de l'activité constatée au cours de la période. Entre 2016 et 2020, 4 271 personnes ont fait l'objet d'une évacuation sanitaire vers la métropole ou vers la Nouvelle-Zélande, et non pas 3 784 comme estimé initialement.

3.5.2.2 Économie des évacuations sanitaires internationales

Le budget dédié atteint 18,23 Mrds F CFP. Ce sont les frais d'hospitalisation qui en représentent la majeure partie (13,7 Mrds F CFP). Les patients sont admis pour une bonne partie dans les établissements de l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP).

La CPS n'a pas été en mesure de distinguer dans ses relevés statistiques les évacuations programmées des opérations urgentes.

Tableau n° 39 : Répartition des dépenses « évasans » internationales

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020
frais de transports aériens	268 862 989	295 147 665	308 017 424	296 395 947	247 204 721
frais de transports terrestres	825 438		35 409	249 998	
frais de séjour	191 059 506	196 175 704	196 125 423	189 505 313	204 193 680
frais d'hospitalisation	3 243 818 690	3 398 179 042	3 292 443 090	2 326 302 947	1 490 117 697
prestations EAO	247 615 729	277 704 649	283 402 038	242 755 835	156 046 972
frais médicaux	111 186 245	92 249 915	85 104 798	87 911 529	37 173 201
autres frais (appareillage, pharmacie...)	111 038 065	101 846 311	88 417 606	90 943 177	120 539 334
total des dépenses (1)	4 174 406 662	4 361 303 286	4 253 545 788	3 234 064 746	2 255 275 605
nombre de bénéficiaires (2)	892	850	949	916	664
dont patients	647	627	694	685	511
dont accompagnateurs famille agréés	245	223	255	231	153
coût moyen = (1) / (2)	4 679 828	5 130 945	4 482 135	3 530 638	3 396 499

Source : D'après CPS – ventilation au 30.08.2021.

La Caisse a formalisé ses relations avec deux compagnies aériennes. Il s'agit de conventions tarifaires.

S'agissant de la compagnie Air Tahiti Nui, une convention du 21 décembre 2012 a pu être communiquée. Elle a été prorogée par avenants successifs jusqu'au 31 décembre 2017. Une nouvelle convention du 5 janvier 2018 a été produite pour les trois exercices suivants. Le 27 janvier 2021, la Caisse et ATN se sont engagés sur une convention identique aux précédentes, jusqu'au 31 décembre 2023.

Le 27 janvier 2021, la CPS et ATN se sont engagés par « contrat commercial » jusqu'au 31 décembre 2023.

Par ailleurs, à l'occasion du renouvellement de la flotte entre septembre 2018 et novembre 2019 (les cabines des nouveaux appareils Boeing 787-9) s'est posée la question du transport par civière et de patients nécessitant une oxygénothérapie, nécessitant l'installation d'équipements spécifiques et leur agrément. La compagnie internationale locale, dont l'actionnaire majoritaire est le Pays, a indiqué en réponse aux observations provisoires qu'elle a pris en compte en amont les besoins de l'assurance maladie, et donc ceux des polynésiens, mais qu'elle a engagé « maintes tentatives (...) d'entrer en discussion avec la CPS au sujet de ses besoins afin d'adapter au mieux les choix du matériel. Tentatives restées sans réponse décisionnelle de la part de la CPS, ce qui a contraint ATN à assumer seule l'investissement de cet équipement pourtant uniquement réservé aux évacuations sanitaires de la CPS ».

S'agissant de la compagnie Air France, la CPS a signé un contrat en 2003 (document fourni non daté). La compagnie s'y engage à assurer les évacuations sanitaires avec enregistrement prioritaire au niveau tarifaire le plus bas. La convention a été accompagnée de 11 avenants portant sur les tarifs jusqu'en 2013. Le transport par civière était prévu (ex. grille tarifaire avenant n°2 du 27 avril 2004). Sur la période 2014 à 2016, aucun document n'a en revanche été produit.

Les deux parties se sont engagées mutuellement à nouveau par le biais d'un accord commercial le 21 janvier 2021, qui prévoit l'application de tarifs réduits. Il est valable jusqu'au 31 décembre 2022.

Plus généralement, la CPS n'a pas pour habitude d'organiser au préalable une mise en concurrence sur la base d'un cahier des charges. Cependant, elle doit dorénavant professionnaliser ce type de démarche.

Plus anecdotiquement, ni Air France, ni ATN (qui, selon son président, n'a pas été consulté par l'État) n'ont été en mesure de transporter en septembre 2021 jusqu'à Paris les huit patients polynésiens atteints de forme grave de COVID-19. L'État qui a assuré l'organisation de cette opération d'évacuation a dû faire appel à une compagnie qui ne dessert pas la Polynésie française. En réponse aux observations provisoires, le Pdg d'ATN a confirmé que les appareils de la compagnie ne sont pas équipés pour permettre ce type de service. Même si ce besoin est exceptionnel, une réflexion avec la CPS et les autorités du Pays pourrait être engagée sur cet aspect pour l'avenir, de façon à évaluer le rapport entre le coût, les risques, et l'avantage de ne pas dépendre de compagnies extérieures pour ce type de service sanitaire.

3.5.2.3 La régularisation de la situation avec l'AP-HP

La loi de financement sociale de 2016 a fixé le principe de l'alignement des tarifs à compter du 1^{er} janvier 2017 appliqués aux patients de Polynésie française sur les grilles appliquées aux patients de métropole. Les négociations entre la CPS et de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont abouti en 2019 à s'accorder sur un taux de surfacturation de 43,33 %, soit 1,4 Mrd F CFP sur la période 2017-2018 pour les trois régimes. Depuis septembre 2018, les tarifs sont alignés sur ceux de la sécurité sociale (T2A). La CPS a reçu en 2019 un produit exceptionnel de 870 MF CFP. Cet alignement devait par la suite être étendu aux autres établissements en métropole.

En contrepartie de l'alignement des tarifs des établissements de santé de l'AP-HP²¹⁴, les tarifs appliqués par le CHPF aux ressortissants de la sécurité sociale ont été diminués de 10 % en 2019. La CPS a versé 598 MF CFP en 2019 de produits exceptionnels au CHPF correspondant aux paiements supplémentaires à verser au CNSE relatifs au remboursement du trop-perçu auprès de l'AP-HP. La direction de la Caisse a indiqué qu'elle a pris la décision de demander en 2021 au CHPF le remboursement de cette somme dans son intégralité, faute de versements au CNSE, afin qu'elle effectue elle-même l'apurement de la dette.

3.5.2.4 L'examen de l'Assemblée de la Polynésie française

La commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi de l'Assemblée de la Polynésie française a créé le 9 octobre 2017 une mission d'information sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation internationale. Le rapport a fait l'objet d'une première présentation en commission à l'APF le 22 mars 2018, et a été publié sur le site internet de l'Assemblée. Il a ensuite été présenté en commission santé élargie le 16 mai 2018. 29 préconisations ont été formulées.

La CPS n'a pas été en mesure de justifier d'un dispositif organisé de suivi de ces préconisations.

Plus généralement, la CPS n'a pas obtenu des conditions tarifaires aménagées, malgré un volume moyen annuel récurrent d'achats en billetterie aérienne de 300 MF CFP, ce qui tend à dénoter, à tout le moins, un portage de la direction insuffisant.

Le Pays, actionnaire au capital d'ATN à hauteur de 84,82 %, n'a pas davantage fait son office dans cette affaire.

3.6 Les professionnels de santé libéraux

Les frais médicaux constitués des consultations et des séances de soins par les professionnels de santé libéraux ont été pris en charge par la CPS à hauteur de 53,7 Mrds F CFP au cours de la période sous revue. Ils représentent près de 22 % des dépenses de santé en nature (cf. l'introduction du III, le panorama des dépenses de santé).

Les frais des médecins représentent, avec plus de 5 Mrds F CFP, 45 % de ce sous-ensemble. Les soins infirmiers (2 Mrds F CFP), sont suivis des frais de biologie, dentaires, et de kinésithérapie, qui dépassent chacun 1 Mrd F CFP.

²¹⁴ (AP-HP - loi de financement de la sécurité sociale 2016 mise en œuvre à partir de 2019 avec effet rétroactif sur les exercices 2017 et 2018.

Tableau n° 40 : Ventilation des frais médicaux par profession

en francs CFP	2016	2017	2018	2019	Variation brute 2016/2019	2020 * (pour mémoire)
BIOLOGISTE	936 458 752	994 629 203	1 060 220 405	1 176 344 802	26%	1 144 393 518
DENTISTE	978 024 330	1 018 732 571	1 088 752 371	1 199 004 004	23%	1 162 331 741
INFIRMIER(E)	1 715 342 809	1 769 749 916	1 873 402 237	1 931 554 579	13%	2 098 845 286
KINESITHERAPEUTE	1 099 908 041	1 139 905 075	1 173 085 950	1 160 698 611	6%	1 016 695 653
MEDECIN	4 547 057 185	4 883 218 529	4 954 675 171	5 317 279 437	17%	5 085 520 195
ORTHOPHONISTE	279 378 148	300 248 706	318 383 648	342 029 866	22%	301 506 860
ORTHOPTISTE	4 947 791	5 082 977	4 765 059	4 283 910	-13%	3 842 937
PEDICURE/PODOLOGUE	13 137 386	12 835 491	14 119 064	16 042 100	22%	14 674 589
SAGE-FEMME	281 777 071	297 366 894	301 970 903	336 864 252	20%	392 309 976
SOMME :	9 856 031 513	10 421 769 362	10 789 374 808	11 484 101 561	17%	20 120 755

Source : CPS, données au 30.08.21.

*2020 (pour mémoire) : la crise sanitaire explique pour une bonne partie la baisse des frais

Le rythme de croissance des dépenses est soutenu au cours de la période 2016-2019, avec une moyenne de + 17 %. A contrario, les orthoptistes enregistrent une contraction, en proportion de la diminution du nombre des actes – 12 %. Cette diminution du volume d'actes est observée pour deux autres professions que sont les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins (- 3 %).

Tableau n° 41 : Ventilation du nombre d'actes médicaux par profession

en quantité d'acte	2016	2017	2018	2019	Variation brute 2016/2019	2020 * (pour mémoire)
BIOLOGISTE	203 851	207 287	213 948	235 401	15%	221 568
DENTISTE	259 944	270 367	285 420	269 870	4%	261 333
INFIRMIER(E)	2 511 551	2 566 774	2 660 046	2 775 513	11%	3 007 523
KINESITHERAPEUTE	629 257	612 421	612 530	613 389	-3%	534 632
MEDECIN	1 221 284	1 275 138	1 238 163	1 186 217	-3%	1 085 184
ORTHOPHONISTE	74 441	81 918	89 894	94 329	27%	76 679
ORTHOPTISTE	2 639	2 660	2 551	2 333	-12%	2 196
PEDICURE/PODOLOGUE	14 218	13 443	19 519	20 801	46%	18 962
SAGE-FEMME	131 490	142 371	142 520	144 580	10%	152 240
SOMME :	5 048 675	5 172 379	5 264 589	5 342 433	6%	5 360 316

Source : CPS, données au 30.08.21.

*2020 (pour mémoire) : la crise sanitaire explique pour une bonne partie la baisse des frais

Les relations entre les professionnels de santé du secteur libéral et la CPS sont régies par une série de conventions. Le principe général du conventionnement est fixé par la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS, qui en fixe une liste limitative.

Ce dispositif est complété par un ensemble de textes règlementaires²¹⁵.

Le conventionnement des professionnels de santé du secteur privé concerne notamment les modalités d'installation et la cotation des actes selon une nomenclature de tarifs. Un arrêté ad hoc²¹⁶ fixe en complément le nombre et les modalités de conventionnements pouvant être conclus et régule la démographie de l'offre médicale concernée par des quotas annuels par zones géographiques déterminés en conseil des ministres par arrêté, sur proposition des commissions de régulation des conventionnements. Il appartient ensuite au président du gouvernement de délivrer les autorisations de conventionnement.

L'ARASS a estimé que l'étendue des zones est trop large pour garantir la bonne répartition de l'offre de santé. La zone 1 comprenait en effet les communes de Mahina à Punaauia. L'arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000 a donc été modifié en 2019²¹⁷, en instaurant à l'intérieur des zones des lieux d'installation par commune qui constituent « un des éléments de définition des quotas annuels de régulation pour l'attribution des conventionnements ».

Neuf professions bénéficient d'une convention. Certaines sont anciennes et comportent un nombre d'avenants important. **La CPS a engagé une campagne de rajeunissement de ces contrats. La Chambre ne peut qu'inviter l'organisme à poursuivre ces travaux.**

Les médecins libéraux se distinguent par l'absence de contrat collectif entre la CPS et leur syndicat professionnel.

Tableau n° 42 : Conventions par profession médicale

	date signature	nombre d'avenants	date signature	nombre d'avenants	date signature	nombre d'avenants
médecins libéraux (Convention individuelle type)	22/01/2012	11				
chirurgiens-dentistes (Convention collective)	13/12/2013	8				
sages-femmes (Convention collective)	05/09/2007	6	08/01/2013	7	18/08/2021	0
MKDE (Convention collective)	28/07/2006	14			18/08/2021	0
infirmiers (Convention collective)	05/01/2009	13				
orthophonistes (Convention collective)	08/01/2009	12			18/08/2021	0
Pharmaciens (Convention collective)	06/11/1995	19				
Pédicures-Podologues (Convention collective)	26/07/2006	13				
laboratoires privés (Convention collective)	06/07/1995	0	31/12/2010	0		

Source : CPS, données au 30 août 2021.

En moyenne, 6 % des professionnels de santé n'adhèrent pas à la convention de la CPS. Cette proportion reste stable sur la période.

²¹⁵ Installation, cotation des actes exécutés par les médecins, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, par une nomenclature de tarifs (art. 10 de la délibération 74-22) ; + délibérations par corps.

²¹⁶ Arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000 fixant le nombre et les modalités d'examen des conventionnements pouvant être conclus par zone géographique, entre les professionnels de santé et la CPS modifié par l'arrêté n° 3098 CM du 20 décembre 2019.

²¹⁷ Arrêté n° 3098 CM du 20 décembre 2019 portant modification de l'arrêté n° 1804 CM du 27 décembre 2000 fixant le nombre et les modalités d'examen des conventionnements pouvant être conclus, par zones géographiques, entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS.

Tableau n° 43 : Répartition des professionnels de santé conventionnés et non-conventionnés

	2016	2017	2018	2019	2020
conventionné	711	714	740	758	773
hors convention	42	52	38	42	43
Montants versés <i>en francs CFP</i>	2 842 344	3 175 401	2 824 226	3 588 483	3 946 275

Source : CPS, données au 30 août 2021.

Dans le cadre de la vie conventionnelle, en début de chaque année les services techniques de la Caisse sollicitent les différents représentants des syndicats des professions de santé et tous les médecins, pour qu'ils viennent signer l'avenant conventionnel pour l'exercice en cours. Les délais administratifs étant incompressibles, des mesures transitoires sont prises chaque année pour permettre le paiement sur le mode conventionnel. Au surplus, la signature par les deux parties de la convention collective ne déclenche pas sa mise en application. Pour cela, chaque professionnel de santé doit apporter sa signature individuelle.

Le calendrier annuel oblige la CPS et les professionnels de santé à s'inscrire dans un cycle de négociations quasi permanent, ce qui est notamment chronophage. Ce délai court n'offre pas le temps suffisant pour que les partenaires puissent se projeter et envisager avec davantage de sérénité les réformes structurelles nécessaires. Un cadre pluriannuel n'empêcherait pas un suivi régulier et des avenants nécessaires à des adaptations techniques.

Par ailleurs, les objectifs financiers qui sont à systématiser doivent être accompagnés d'objectifs de participation aux enjeux et aux actions de santé publique (consultations avancées dans les îles, gardes de nuit et de weekend, lutte contre le surpoids et les addictions, dépistages, notamment).

Le directeur de la CPS a commandité un audit de la gestion de relations conventionnelles avec les professionnels de santé. Le rapport a été présenté en conseil d'administration le 25 juin 2021. Il y est indiqué que l'examen des procès-verbaux des commissions conventionnelles paritaires, qui sont organisées chaque année avec chaque profession de santé libérale, font état de relations très tendues entre les deux parties. Cette démarche d'évaluation qui a permis l'interview des acteurs professionnels, ARASS et ministère de la Santé, permet d'objectiver le débat. Néanmoins, au vu de l'importance des enjeux, ce diagnostic mérite comme suite à donner, la conception co-construite avec les parties prenantes d'un plan d'actions avant d'être rapidement mis en œuvre.

A cette occasion, la Chambre invite la Caisse à envisager des procédures moins complexes de conventionnement, et de reconsidérer l'organisation des commissions afin qu'elles retrouvent leur pleine utilité comme lieu d'échanges. Un calendrier pluriannuel aiderait en outre à l'apaisement des relations. Le préalable à ce changement est l'évolution de la réglementation instaurée depuis 1995²¹⁸.

²¹⁸ Délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS.

L'amélioration significative des relations entre la Caisse et les professionnels fait partie des conditions nécessaires à l'adhésion des professionnels aux réformes telles que la digitalisation des prestations, le parcours de soins, ainsi que le développement de la prévention.

3.6.1 Les médecins libéraux

199 médecins libéraux sont conventionnés avec la CPS en 2020. Le contrat initial type du 22 janvier 2012 ne mentionne aucun texte règlementaire dans ses visas, alors que la Chambre en a identifié au moins deux, à savoir le titre II de la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 ainsi que la délibération n° 98-164 APF du 15 octobre 1998 relative à la maîtrise du conventionnement des médecins libéraux, modifiée par la délibération n° 98-165 APF du 15 octobre 1998 et la délibération n° 99-61 APF du 22 avril 1999.

Dans le cas d'espèce, cette convention se distingue des autres engagements par son caractère individuel. Elle avait été présentée comme provisoire en 2012, mais la CPS et le syndicat des médecins ne sont pas parvenus à un accord depuis. Dans ces conditions, aucune commission conventionnelle paritaire n'est réunie.

L'essentiel des médecins libéraux a signé la convention individuelle type approuvée par arrêté n° 62 CM du 19 janvier 2012, reconduite et modifiée par avenants successifs eux-mêmes approuvés par arrêtés pris en conseil des ministres. Les tarifs conventionnels figurant dans l'annexe tarifaire à la convention sont ceux approuvés par le conseil des ministres.

Tableau n° 44 : Médecins libéraux conventionnés et non-conventionnés

	2016	2017	2018	2019	2020
conventionnés	195	191	195	198	199
hors conventions	16	22	20	20	22

Source : CPS, données au 30.08.21.

Concernant les médecins non-conventionnés, l'article 4 de la délibération n° 95-109 AT prévoit que les tarifs servant de base au remboursement des honoraires et des frais des praticiens non conventionnés ou déconventionnés, dénommés "tarifs d'autorité", sont fixés par arrêté en conseil des ministres²¹⁹.

La CPS est ainsi contrainte à cause d'un conventionnement individuel, de suivre autant de conventions que de médecins signataires. Au surplus, 10 avenants-types ont été signés entre 2012 et 2021²²⁰.

²¹⁹ Arrêté n°809 CM du 28 juillet 1995.

²²⁰ Arrêté n° 884 CM du 20 mai 2021 rendant exécutoire la délibération n° 1-2021 CA du 26 février 2021 relative à l'avenant n° 11 à la convention individuelle type destinée à organiser les rapports entre la CPS et le médecin libéral du 22 janvier 2012.

La CPS, consciente de cette situation²²¹, a indiqué avoir tenté de rétablir les conditions d'un dialogue avec le syndicat des médecins, sans succès. Le médecin conseil de la CPS a rencontré le président du syndicat le 5 novembre 2020 et des projets de convention collective ont été proposés. Une réunion a eu lieu le 31 août 2021. Aux cours de ces réunions, ont été abordés l'aspect e-services. Un planning de mise en place leur a été proposé, concernant les feuilles de soins dématérialisées pour les médecins traitants et le e-service « évasans », dans les îles notamment.

Il est vrai que dès 2012, la convention envisageait des outils de maîtrise médicalisée qui ont encore du mal à voir le jour en 2021, dont la feuille de soins électronique et sa télétransmission, le dossier de suivi médical (articles 23 et suivants, article 30), le parcours de soins coordonné et le médecin référent généraliste (article 27), le panier de soins/protocole de soins pour la longue maladie (article 28 § 2 et 3), et enfin le développement de réseaux de santé (article 31).

Quatre protocoles accompagnent la convention : diabète, rhumatisme articulaire aigu, hypertension artérielle et asthme. Ces protocoles ont été abrogés à partir de 2020 par l'avenant n°9 non daté, pour tenir compte de la loi du Pays n°2018-14 du 16 avril 2018 relative au panier de soins.

Par ailleurs, la CPS s'était engagée à « mener une politique énergique de prévention des maladies et accidents ». Les modalités pratiques de sa mise en œuvre et de collaboration avec le praticien libéral devaient être fixées par avenant. Cette question n'a pas été développée, malgré son importance (cf. le § 1.1.3.). En revanche, la CPS a mis en place le relevé individuel d'activité professionnel (RIAP), pour lequel elle s'engage à adresser par voie électronique le montant global des honoraires et prescriptions remboursés.

L'avenant n°10 du 9 février 2021 a ajouté l'obligation pour les médecins d'adhérer à la plateforme e-service. Des tarifs comme celui de la consultation chez le généraliste est figé à 3 600 F CFP depuis au moins le 30 juin 2012. D'autres sont gelés depuis 2013 par l'avenant n° 2, tels que la consultation chez le médecin spécialiste (4 420 F CFP), ou chez le neuropsychiatre (6 840 F CFP).

Dans l'avenant n°3 du 20 mars 2014, la CPS demande aux médecins de « contribuer à une économie de 3 à 10 % des prescriptions, notamment les antidiabétiques (- 4 %). Cet objectif a été réitéré à l'identique dans les avenants qui ont suivis (avenant n°4 pour 2015 non daté, avenant n°5 du 18 janvier 2016, avenant n°6 du 9 janvier 2017, avenant n°7 pour 2018 non daté, et avenant n°8 pour 2019 non daté). Il s'agit, faute de référence écrites, sans doute de l'application des termes de l'article 5 de la délibération n° 95-109 AT. Cette mise en œuvre s'est avérée a posteriori irréaliste.

²²¹ Cf. le procès-verbal par exemple du CA RGS 26 octobre 2017, page 65.

En effet, les prescriptions constatées en valeur ont augmenté entre 2015 et 2019, comme indiqué supra, de 17 %, tendance opposée à l'objectif général de contraction de 3 à 10 %. Ce mouvement d'expansion continu observé depuis 1995 était connu de la CPS lorsqu'elle a formulé cet objectif, ce qui ne l'a pas empêché de reproduire à l'identique par la suite ce mécanisme. **Ceci tend à démontrer la faiblesse ou l'absence de dialogue avec les professionnels médicaux et un certain déni de la situation sanitaire locale.** Dans le détail, la CPS justifie la formulation de cet objectif de baisse de 4 % dans la convention pour les produits anti diabétiques, alors que le nombre de patients déclarés souffrant du diabète croît fortement²²², par l'usage de médicaments génériques et par un changement des comportements (diminution de la consommation des produits sucrés). Cela ne s'est pas vérifié, et la Caisse a en quelque sorte entériné par la suite cet échec.

L'avenant n°9 pour l'exercice 2020 non daté, a en effet abandonné les taux directeurs des avenants précédents, pour ne conserver que l'objectif de « lutter contre la surconsommation de certains médicaments (...) pour notamment diminuer les prescriptions (...) d'antidiabétiques ». Les orientations chiffrées irréalistes ont été remplacées par de simples vœux, éloignant du coup la CPS des dispositions de l'article 5 de la délibération n°95-109 AT qui exigent des orientations quantitatives.

Dans ce contexte, la Chambre invite la CPS à créer les conditions d'un dialogue avec les représentants des médecins, sur la base des statistiques de la santé qu'elle produit en partie elle-même, afin de formuler ensemble des objectifs quantifiés réalistes.

3.6.2 Les chirurgiens-dentistes libéraux

La CPS et le syndicat des chirurgiens-dentistes libéraux de Polynésie française ont signé une convention le 13 décembre 2013. Cela représente un effectif de 78 professionnels depuis 2018. Comme précédemment, la convention devrait viser les textes règlementaires applicables, comme la délibération n°95-109 AT, la délibération n° 96-116 APF du 10 octobre 1996 portant code de déontologie des chirurgiens-dentistes, ainsi que la délibération n° 99-87 APF du 20 mai 1999 relative à la maîtrise du conventionnement des chirurgiens-dentistes libéraux. Aucun avenant n'a par la suite régularisé cette lacune, notamment pour tenir compte de l'arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000 qui a défini les modalités géographiques d'installation, un élément clé pourtant.

Sans ignorer la difficulté de respecter des délais dans le cadre de négociations importantes pour chaque partie, la Chambre demande à la CPS de veiller au respect du calendrier qu'elle a elle-même défini.

Le tarif a été fixé initialement à 3 400 F CFP pour une visite chez un chirurgien-dentiste omnipraticien, et à 3 300 F CFP chez un chirurgien-dentiste spécialiste (annexe 1). Le tarif de 3 300 F CFP a été relevé à 3 400 F CFP par l'avenant n°6 du 14 mars 2019 (+ 3 %).

²²² Mentionné dans les rapports d'activité de l'organisme, de 2015 à 2019, l'effectif est passé de 8 519 personnes à 10 820 en Polynésie française (+ 26,7 %). 11 376 individus ont été dénombrés en 2020.

Comme pour d'autres professionnels de santé (cf. infra), la convention a fixé des objectifs prévisionnels des dépenses bucco-dentaires (article 17), qui doivent faire l'objet d'un avenant pris chaque année avant le 30 novembre pour l'année suivante. La fixation des objectifs doit se faire sur la base de critères arrêtés par la commission conventionnelle paritaire, qui assure un suivi trimestriel du respect desdits objectifs. Les professionnels qui ont enregistré un dépassement du plafond annuel d'activité individuelle sont tenus de reverser à la CPS, en toute ou partie, les montants remboursés correspondant à ce dépassement, sous peine de déconventionnement. La Caisse a indiqué que cette procédure est mise en œuvre, en demeurant exceptionnelle.

Malgré cela, les objectifs généraux de dépenses n'ont pas été tenus pour la majeure partie de la période. L'écart le plus élevé a été observé en 2019. Le plafond a été relevé fortement en 2020, interrogeant sur la fiabilité des plafonds fixés au cours des exercices antérieurs. L'avenant n°8 du 12 février 2021 a confirmé la tendance récente en fixant le montant maximal à 1,396 Mrd F CFP pour 2021.

Tableau n° 45 : Objectifs et réalisations annuels de dépenses bucco-dentaires conventionnels

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	Variation brute 2016/2019	2020 (pour mémoire)
Objectif (1)	962 000 000	1 001 000 000	1 014 000 000	1 063 000 000	45%	1 392 000 000
Réalisé (2)	978 024 330	1 018 732 571	1 088 752 371	1 199 004 004	19%	1 162 331 741
Écart en % = (2) / (1)	102%	102%	107%	113%		84%
Date de l'avenant	29/01/16	05/01/17	31/05/18	14/03/19		23/01/20

Source : CPS, données au 30.08.21.

3.6.3 Les sages-femmes libérales

Le 8 janvier 2013, la CPS et le syndicat des sages-femmes de Polynésie française ont signé une convention et un 1^{er} avenant portant sur des modalités techniques.

Cet engagement concerne un effectif de 39 professionnelles et professionnels en 2020. Comme précédemment la convention aurait dû viser les textes réglementaires applicables, comme la délibération n°95-109 AT. Aucun avenant n'a par la suite régularisé cette lacune, notamment pour tenir compte de l'arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000.

La convention a fixé des objectifs prévisionnels de volumes d'actes, à 500 actes SFI (soins infirmiers) par an et par professionnel à Tahiti et à Moorea (article 17).

Avant le 30 septembre de chaque année, après accord de la commission conventionnelle paritaire, la CPS transmet au conseil des ministres un avenant qui fixe les tarifs des honoraires et des frais accessoires de l'année suivante (article 26). Les délais fixés dans la convention n'ont pas été tenus.

	2016	2017	2018	2019
date de l'avenant	18/01/16	27/12/16	05/01/18	05/07/19

Source : CPS, données au 30.08.21.

Par ailleurs, l'avenant pris le 5 juillet 2019 a fixé le principe que les tarifs fixés sont appliqués jusqu'en 2021 inclus, dans l'attente de la prise d'effet d'une nouvelle nomenclature des actes.

Les tarifs fixés initialement en 2013 concernaient notamment la maternité à hauteur de 52 000 F CFP l'accouchement simple, à 59 800 F CFP l'accouchement multiple, et pour les soins infirmiers, 470 F CFP l'acte en SFI. Le prix de la consultation ou de la visite a été relevé en 2021, à 3 669 F CFP (+ 31 %), mais a réduit le tarif des actes en SFI à 348 F CFP (- 26 %).

Le 7 octobre 2021, la CPS et le syndicat des sages-femmes libérales de Polynésie française ont signé une nouvelle convention. Ce nouveau contrat, qui reprend la majeure partie de la version adoptée en 2013, présente l'avantage de fixer une loi aux parties actualisée et plus lisible. Les innovations portent sur deux points pour l'essentiel.

Ces professionnels ont désormais l'obligation d'exercer au sein d'un cabinet (article 6).

En outre, chaque sage-femme reçoit un relevé individuel d'activité professionnel semestriel (RIAP), sur lequel figure le nombre d'actes qu'elle a effectués et le nombre de patients traités. Les professionnels qui enregistrent un niveau d'activité inférieur de 75 % de la moyenne peuvent faire l'objet d'une procédure de radiation. La procédure inclut l'examen de la question par une commission.

En revanche, la méthode de maîtrise des dépenses a été reprise à l'identique de la convention précédente, en fixant un plafond de 500 actes SFI à Tahiti et à Moorea (article 17). Concernant les feuilles de soins électroniques, la CPS n'a pu qu'anticiper le moment où elle sera en mesure de mettre en place le service (article 10).

3.6.4 Les infirmières libérales

Les infirmières libérales et la CPS ont signé une convention le 5 janvier 2009. Dès cette époque, la CPS prévoyait la possibilité de la télétransmission des feuilles de soins, de la prescription médicale et de l'entente préalable (articles 6 & 7).

143 professionnelles sont conventionnées en 2020. Comme précédemment, la convention aurait dû viser les textes réglementaires applicables, comme la délibération n°95-109 AT. Aucun avenant n'a par la suite régularisé cette lacune, notamment pour tenir compte de l'arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000 qui fixe le nombre et les modalités d'examen des conventionnements pouvant être conclus.

Chaque infirmière reçoit un relevé individuel d'activité professionnel semestriel (RIAP), sur lequel figure le nombre d'actes qu'elle a effectués et le nombre de patients traités. En-deçà d'un nombre d'actes fixé à 5 000 AMI et ou AIS par an, les professionnelles doivent justifier de « leur faible activité remboursée ». A défaut, elles peuvent faire l'objet d'une radiation (article 15). L'avenant n°2 du 16 septembre 2010 a diminué le seuil à 4 000.

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses consiste notamment à la mise en place de soins coordonnés à domicile et au respect d'un plafond d'efficience (article 17). La commission conventionnelle paritaire est chargée d'élaborer une réflexion en matière de coordination des soins à domicile pour aboutir à un protocole d'accord (article 19). Cela ne semble pas avoir été le cas.

Le plafond d'efficience d'activité individuelle²²³ était fixé à 28 000 AMI/AIS pour 2009. Au-delà du plafond, les actes ne sont plus remboursés. Le praticien doit reverser le trop-perçu (articles 21 & 22). Ce plafond a été relevé à 30 000 F CFP par l'avenant n°7 du 21 janvier 2015, puis à 33 000 F CFP par l'avenant n°12 du 13 janvier 2020.

Les tarifs fixés initialement en 2009 étaient notamment de 490 F CFP pour l'AMI, et de 430 F CFP pour l'AIS. L'AMI a été réduit à 470 F CFP et l'AIS à 420 F CFP par l'avenant n°3 du 21 avril 2011. L'AMI a été rétabli à 490 F CFP et l'AIS à 430 F CFP par l'avenant n°7 du 21 janvier 2015.

L'avenant n°11 du 3 juillet 2019 a fixé une tarification en fonction de l'entrée en vigueur ou pas des adaptations de la nomenclature prévue entre 2019 et 2021. Les tarifs ont été modifiés une nouvelle fois par l'avenant n°13 du 10 février 2021, à 501 F CFP pour l'AMI (+ 2,2 %) et à 422 F CFP pour l'AIS (- 1,8 %) pour l'exercice 2021.

3.6.5 Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

La CPS et le syndicat des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs libéraux de Polynésie française ont signé une convention le 28 juillet 2006. Cela représente un effectif de 102 professionnels en 2020 contre 4 qui ne sont pas signataires.

Si la convention ne vise pas le texte, elle cite toutefois dans son préambule la délibération n°95-109 AT du 3 août 1995. Aucun avenant n'a par la suite régularisé cette lacune, notamment pour tenir compte de l'arrêté n°1804 CM du 27 décembre 2000 qui a défini les modalités géographiques d'installation, un élément clé pourtant.

Les professionnels s'engagent à disposer d'un cabinet pour les nouvelles installations (article 3-5).

La CPS s'engage à produire les relevés individuels d'activité professionnelle (RIAP) (article 5). En-deçà d'un nombre d'actes fixé à 4 000 AMK/AMS/AMC par an, les professionnels doivent justifier de « leur faible activité remboursée ». A défaut, ils peuvent faire l'objet d'une radiation (article 6).

La maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses consiste notamment à la mise en place de soins coordonnés à domicile et au plafond d'efficience (article 11). La commission conventionnelle paritaire est chargée d'élaborer une réflexion en matière de coordination des soins à domicile pour aboutir à un protocole d'accord (article 13). Comme précédemment, cela ne semble pas avoir été le cas.

²²³ Montant annuel remboursé par la CPS de l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels – NGAP.

Le plafond d'efficience d'activité individuel (montant annuel remboursé par la CPS de l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature) est fixé à 45 000 AMC/AMK/AMS en 2006. Au-delà du plafond, les actes ne sont plus remboursés. Le praticien doit alors reverser le trop-perçu (article 17). Ce plafond a été porté à 48 375 dans l'avenant n°13 du 15 juillet 2019.

L'avenant n°7 du 17 janvier 2013 a instauré un objectif prévisionnel des dépenses en masso-kinésithérapie pour l'année civile à hauteur de 966 MF CFP. Cette mécanique de gestion est répétée au cours des exercices suivants sous la même forme. Concernant la période sous revue, les montants réalisés ont systématiquement dépassé les objectifs affichés. En 2017, a été effectué un rattrapage de + 103 MF CFP par rapport aux prévisions de 2016, ce qui explique la progression forte de 14 % sur la période. Entre 2016 et 2019, compte tenu de la stabilité des tarifs, la progression observée est due à un effet volume d'actes. 2020, du fait de sa spécificité, n'est pas significative des évolutions constatées.

La fixation d'objectifs annuels pour l'année en cours au mois de juin et juillet comme ce fut le cas en 2018 et en 2019 ne répond pas aux principes de bonne gestion.

Tableau n° 46 : Objectifs et réalisations annuels de dépenses en masso-kinésithérapie conventionnels

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	variation brute 2016/2019
objectif (1)	990 000 000	1 093 000 000	1 116 000 000	1 130 000 000	14%
réalisé (2)	1 099 908 041	1 139 905 075	1 173 085 950	1 160 698 611	6%
écart en % = (2) /	111%	104%	105%	103%	
date de l'avenant	29/01/2016	09/01/2017	07/06/2018	15/07/2019	

Source : CPS, données au 30.08.21.

Sans ignorer la difficulté de respecter des délais dans le cadre de négociations, la Chambre demande à la CPS d'être attentive à son propre calendrier comme c'est le cas pour d'autres professions libérales.

Les tarifs fixés initialement en 2007 étaient notamment de 440 F CFP pour l'AMK (soin au cabinet ou au domicile), l'AMS (rééducation) et l'AMC (soin dans une structure), relevé le 22 août 2007 à 450 F CFP. Le tarif a été réduit à 440 F CFP (- 2 %) par l'avenant n°8 du 20 mars 2014, sans changement jusqu'en 2019.

L'avenant n°13 du 15 juillet 2019 a décidé, comme pour d'autres professions, d'une évolution des tarifs sur trois années entre 2019 et 2021, sous réserve de l'entrée en vigueur des adaptations de la nomenclature des actes. En 2019, les trois tarifs AMC, AMK et AMS ont été réduits à 406 F CFP, puis à 404 F CFP en 2020, soit une contraction de 8,2 %. Le tarif « cible » en 2021 est inscrit à 359 F CFP, ce qui porterait la réduction sur trois années à - 18,4%.

Le 24 septembre 2021, la CPS et le syndicat des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs libéraux de Polynésie française ont signé une nouvelle convention. Ce nouveau contrat est assez similaire au document signé récemment avec les sages-femmes libérales. Chaque professionnel qui enregistre un niveau d'activité inférieur 4 000 actes AMK, AMC ou AMC peut faire l'objet d'une procédure de radiation (article 6).

Cette convention fixe un plafond d'efficience individuelle à 43 500 actes AMC AMS AMK pour chaque année civile, la méthode de maîtrise des dépenses n'a donc pas évolué. Le tarif indiqué en annexe pour les exercices 2021 et 2022 est fixé à 380 F CFP, soit une contraction de 6 % par rapport à 2019. Un objectif prévisionnel de dépenses est fixé à hauteur de 1,139 Mrds F CFP pour 2021.

3.6.6 Les orthophonistes libéraux

Le 8 janvier 2009, la CPS et le syndicat des orthophonistes libéraux de Polynésie française ont signé une convention. Comme pour d'autres professions, la CPS élabore les relevés individuels d'activité professionnelle (RIAP), en vue notamment de conduire des analyses médico-économiques (article 14). Les 63 praticiens (en 2020) sont soumis à un plafond d'efficience d'activité individuel (montant annuel remboursé par la CPS de l'ensemble des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels), fixé à 36 800 AMO pour 2009. Au-delà du plafond, les actes ne sont plus remboursés. Le praticien doit reverser le trop-perçu (article 19).

La valeur de l'AMO a été fixée initialement à 460 F, réduite par l'avenant n°3 du 27 janvier 2011 à 450 F CFP. Le plafond d'efficience a été augmenté à 38 000 AMO par l'avenant n°11 du 2 juillet 2019.

L'avenant n°12 signé le 28 décembre 2020 a encore réduit le tarif de l'AMO à 421 F CFP (- 6,4 %).

Ce prix a été confirmé dans la nouvelle convention du 8 septembre 2021. Il s'agit d'une convention-type mise en place à l'occasion du renouvellement du cadre contractuel.

3.6.7 Les podologues-pédicures

Le 26 juillet 2006, la CPS et l'association des pédicures-podologues de Polynésie française se sont engagées par convention. Il y est précisé que tous les actes sont effectués sur prescription médicale et soumis à entente préalable. Les actes pris en charge concernent les patients atteints du diabète dont le dossier en longue maladie a été validé par la CPS.

Ce contexte particulier explique en partie la raison pour laquelle la convention est peu contraignante en comparaison d'autres professions médicales libérales examinées. Tributaires des prescriptions, les six professionnels conventionnés en 2020 ne sont pas soumis à des objectifs prévisionnels annuels (un professionnel non conventionné).

Les tarifs sont inchangés depuis 2006, à hauteur de 420 F CFP l'acte. Les podologues ont souhaité augmenter leur lettre clé de 420 à 480 F CFP. Cette demande a reçu un vote favorable de la commission conventionnelle paritaire.

La Chambre constate l'absence de dispositions concernant les podologues-pédicures dans la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS, qui a fait l'impasse sur cette profession.

La Caisse doit saisir le Pays sans tarder pour corriger cette lacune.

3.6.8 Les actes de biologie médicales des laboratoires privés

Les remboursements effectués par la CPS ont atteint en 2020 la somme de 1,144 Mrds F CFP.

Le 6 juillet 1995, une convention a été signée entre la CPS et les laboratoires privés d'analyses de biologie médicale sur la base de la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS.

Sa durée était fixée à une année sans renouvellement tacite. Dans les faits, elle l'a été, étant donné qu'il faut attendre le 31 décembre 2010 pour qu'une révision des tarifs soit décidée dans un protocole d'accord entre la CPS et le syndicat professionnel des biologistes libéraux de Polynésie française. Ce protocole prévoyait en outre la mise en place d'un groupe de travail pour écrire une nouvelle convention. Cette ambition était motivée en particulier par le caractère incomplet du contrat signé en 1995, correspondant en majorité à une convention « tiers payant » et non pas une convention « métier » qui aborde tous les aspects professionnels.

La tarification fixée pour 1996 était composée des lettres clé B à 60 F CFP et KB à 530 F CFP. Le protocole de 2010 a diminué la valeur de la lettre clé B à 57 F CFP.

Ce n'est qu'en 2021 que la CPS a pris la décision de dénoncer la convention de tiers payant avec les laboratoires et le protocole et d'engager un cycle de négociation.

3.7 Les officines de pharmacie

L'officine de pharmacie est un établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, et d'autres produits et objets de santé dont les appareillages (LPPR) qui lui est réservé, ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales²²⁴.

Les conditions minimales d'installation sont fixées par arrêté pris en conseil des ministres²²⁵.

Le prix du médicament et son mode de calcul sont de la compétence de la collectivité de la Polynésie française.

La politique du médicament actuelle est définie par la loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits de santé et des produits et prestations remboursables²²⁶.

²²⁴ Articles 1^{er}-4 et 23 de la délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie.

²²⁵ Article 23-1 ajouté, Lp n° 2019-29 du 25 octobre 2019, article LP. 1^{er} à la délibération 88-153.

²²⁶ Complétée par l'arrêté n° 111 CM du 29 janvier 2013 modifié fixant la classification service médical rendu des médicaments, qui a défini cinq niveaux de service médical rendu SMR, de A (majeur) à E (insuffisant). A noter que l'arrêté n° 2282 CM du 28 décembre 2011 portant modification du taux de remboursement de certains médicaments (service médical rendu modéré – SMR C) est toujours applicable.

Les principes définis par cette loi sont notamment la prise en charge par la CPS des médicaments prescrits pour les indications thérapeutiques remboursables correspondant en tout ou partie aux indications de l'autorisation de mise sur le marché, compétence de la collectivité.

Certains médicaments coûteux et d'indications précises, dits médicaments d'exception, sont identifiés dans une liste arrêtée en conseil des ministres. L'arrêté n°110 CM du 29 janvier 2013 qui dresse la liste n'a pas été mis à jour depuis. La CPS n'a jamais saisi le Pays sur cette question.

Le taux de remboursement des médicaments varie entre 30 et 70% selon le service médical rendu (SMR). Cinq classes ont été définies²²⁷ : A (SMR majeur) ou B (SMR important) remboursés à 70 %, C (SMR modéré) remboursé à 30 %, D (SMR faible) ou E (SMR insuffisant) non remboursés²²⁸.

Le 6 novembre 1995, la CPS et le syndicat des pharmacies ont signé une convention cadre relative à la dispense de frais en matière de prestations pharmaceutiques.

A l'identique des podologues-pédicures, la convention ne bénéficie pas d'un cadre réglementaire fixé par la collectivité, la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la CPS restant silencieuse pour cette activité. La Caisse s'est abstenue, à tort, de saisir le Pays sur cette question.

Le principe de la convention était motivé par la mise en place du tiers payant qui consiste pour les ressortissants à ne pas effectuer de paiement pour les produits pharmaceutiques délivrés sur ordonnance médicale au prorata des montants pris en charge par les régimes sociaux. A l'identique de la convention relative aux actes de biologie médicale des laboratoires privés, il s'agit pour l'essentiel d'une convention « tiers payant ». Les aspects métiers n'ont pas été traités.

En revanche, la CPS s'est engagée à verser une avance de trésorerie à chaque officine. La vocation des premières avances correspondait selon la Caisse au financement du stock des pharmacies.

Depuis 1995, cette avance de trésorerie a été portée à un maximum de 330 MF CFP.

Ont suivi depuis 19 avenants, qui ont fait évoluer en particulier les modalités de calcul de l'avance. Son montant a été réduit de moitié une première fois en 2010 dans le cadre de l'application des mesures d'urgence. Depuis l'avenant n°18 du 26 février 2019, l'avance a été une nouvelle fois diminuée, et représente 30 % d'un vingt-quatrième des remboursements de la CPS sur une période annuelle.

La convention n'a que peu évolué pour le reste.

²²⁷ Arrêté n° 111 CM du 29 janvier 2013 modifié fixant la classification service médical rendu des médicaments.

²²⁸ Article LP. 23. de la loi du Pays n°2003-1 : Le conseil des ministres arrête la classification service médical rendu (SMR) des médicaments par référence à la classification retenue par la réglementation nationale et procède à des mises à jour périodiques. Cette liste dématérialisée est consultable sur le site Internet de l'organisme de gestion.

Ainsi, aucun élément n'a été inséré au cours de la vie conventionnelle à propos d'outils de maîtrise des dépenses. Cette absence de mesures n'est pas compatible avec les trajectoires et les montants observés : les dépenses de médicaments et autres produits pris en charge par la CPS ont dépassé 10 Mrds F CFP en 2019. Le nombre des prestations remboursées a augmenté de 40 % sur la période, contre + 15 % pour le nombre d'actes. L'effet prix a donc expliqué en majorité l'accroissement du budget.

Tableau n° 47 : Dépenses en médicaments et des prestations des officines pris en charge par la CPS

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	Variation brute 2016/2019	2020 (pour mémoire)
Montants	7 308 993 529	7 811 020 912	9 779 913 120	10 268 677 051	40%	10 533 787 969
Nombre d'actes	5 019 730	5 470 941	5 624 510	5 784 647	15%	5 785 669

Source : CPS, données au 30.08.21.

Le prix du médicament est une question ancienne. La CPS avait demandé à la collectivité en 2010 d'en réviser le calcul. Le principe avait été retenu, mais selon des modalités différentes que celles formulées par la Caisse.

Pour 2019, un effet combiné de la baisse du prix du médicament en métropole qui sert de référence en Polynésie française était espéré dans les projections budgétaires de la Caisse.

Plus récemment, le syndicat des pharmaciens a demandé la révision de la formule de calcul du prix du médicament. Or, le projet de réforme dépend d'une double compétence du Pays, par l'intervention de la direction générale des affaires économiques et de l'ARASS. La mise à jour de la liste des médicaments remboursable a pris du retard, la DGAE ne répondant pas, selon la Caisse, aux demandes de l'ARASS. Les simulations opérées par la CPS selon ses propres hypothèses concernant cette révision faisaient espérer une réduction en 2020 de 8,5 % (- 534 MF CFP) des dépenses des médicaments délivrés par les officines.

Après négociation entre le Pays et le syndicat des pharmaciens, une nouvelle formule de calcul du prix du médicament a été retenue le 3 mars 2020²²⁹. Elle est effective depuis le 1^{er} avril 2020. Le prix hors taxe métropolitain a été retenu comme assiette de calcul, et non plus le prix TTC. Si la CPS a conduit en 2019 et en 2020 une étude interne pour estimer ex ante l'impact financier de cette réforme, elle a fait l'impasse sur une évaluation économique ex post.

Même si le prix du médicament est une compétence du Pays, la Caisse aurait dû assurer le suivi de la réforme du prix du médicament, par le biais, éventuellement d'un partenariat technique. Cette information est utile notamment à ses travaux de préparation budgétaire.

²²⁹ Arrêté n° 1784 CM du 31 décembre 2001 réglementant les prix de vente au public des produits pharmaceutiques modifié par l'arrêté n° 333 CM du 24 mars 2020.

3.8 Les autres produits et prestations

Ce sont les appareils d'assistance respiratoire, les pansements, et d'autres équipements de traitement à domicile.

La liste des produits et des prestations remboursables (LPPR) a été définie par le conseil des ministres et mise en place le 15 mars 2014²³⁰. Cette liste doit être consultable sur le site Internet de la CPS, ce qui a été le cas au moment de l'instruction. Elle comporte une nomenclature technique de dispositifs médicaux (appareils d'assistance respiratoire, pansements, et autres équipements de traitement à domicile), d'orthèses et de prothèses et de véhicules pour les personnes handicapées physiques. Elle indique pour chacun leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente.

Cette liste fait l'objet d'une saisine pour avis des instances des trois régimes à la CPS lors de leurs mises à jour. L'ARASS, compte tenu de son objet, a la responsabilité de saisir la CPS.

Le remboursement²³¹ est effectué sur la base des prix réellement facturés, dans la limite du tarif de responsabilité qui ne peut pas dépasser le prix maximum de vente. Par dérogation, les produits et prestations hors liste peuvent être pris en charge forfaitairement, après avis du médecin conseil de la CPS, au moyen de la procédure de la demande d'entente préalable (DEP).

La dispense d'avance des frais par l'assuré est rendue possible (cf. l'article Lp. 39 de la loi du Pays n° 2013-1). Elle doit être organisée par convention entre la CPS et le fournisseur²³².

Quatre conventions cadre individuelles de tiers payant organisant les rapports entre la Caisse et les prestataires délivrant des produits et prestations remboursables ont été identifiées par la Chambre. Elles ont été adoptées le 31 mars 2014 :

- les appareillages, inscrits aux titres I et IV de la réglementation (LPPR). C'est dans ce cadre que la CPS a signé avec les opérateurs privés tels que l'APAIR-APURAD, SEPRODOME, Pacific Care, Pacific Ortho, Star orthopédie ;
- les orthoprothésistes, podoprothésistes, ocularistes et épithésistes ;
- les prothèses auditives ;
- Les pharmaciens (§ 3.7).

²³⁰ Cf. les articles 30 et suivants de la loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables, et son arrêté d'application modifié n° 332 CM du 27 février 2014 fixant la liste des produits et prestations remboursables leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente.

²³¹ Arrêté n° 347 CM du 28 février 2014 fixant le taux de remboursement de certaines prestations en nature des différents régimes de protection sociale fixe le taux de remboursement de l'ensemble des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article LP. 30 de la loi du Pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 (LPPR) à 70 % sauf certaines exceptions prises en charge à 100 % du tarif de responsabilité depuis le 15 mars 2014.

²³² En contrepartie du bénéfice du tiers payant, les fournisseurs doivent s'engager notamment :
 - à pratiquer des tarifs égaux au tarif de responsabilité, pour certains articles onéreux ;
 - à respecter un certain nombre de dispositions relatives à : la qualité (local, accueil, information...), l'encadrement des pratiques professionnelles, et la transmission de données économiques relatives au secteur d'activité.

Cet ensemble de prestations a connu l'augmentation la plus forte parmi les frais médicaux (professionnels de santé libéraux et officines de pharmacie).

Tableau n° 48 : Dépenses des appareillages et des prothèses pris en charge par la CPS

<i>en francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	variation brute 2016/2019	2020 pour mémoire
montants	7 308 993 529	7 811 020 912	9 779 913 120	10 268 677 051	40%	10 533 787 969
nombre d'actes	30 049	41 943	63 365	75 446	151%	80 725

Source : CPS, données au 30.08.21.

Cette forte augmentation trouve son origine selon la CPS²³³ par le développement du maintien à domicile. Dans ce contexte, de nouveaux fournisseurs de soins se sont installés. Une offre supplémentaire et nouvelle de soins a vu le jour. L'arrivée sur le marché de nouvelles prothèses très spécialisées dont le coût unitaire est élevé a contribué également à ce renchérissement des prestations.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les fondements actuels de l'assurance maladie pour les salariés et les ayants-droits en Polynésie française ont été définis depuis 1974. Ses modalités de protection ont été étendues aux deux autres régimes par la suite, RNS et RSPF.

Les dépenses en nature (consultations, hospitalisation, médicaments, notamment) représentaient un budget de 51,1 Mrds F CFP en 2019. Les prestations en espèces qui sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raisons médicales ont atteint 5,2 Mrds F CFP en 2019.

Avec près de 20 Mrds F CFP, le premier poste de dépenses de l'assurance maladie concerne les frais d'hospitalisation (hors évacuations sanitaire – « évasan »), suivi des frais médicaux (13,9 Mrds F CFP). Malgré l'importance des enjeux, la caisse n'assure pas un suivi complet de l'activité des établissements de soins, les lacunes les plus fortes concernant les structures publiques. Elle rencontre en outre des difficultés dans la gestion des conventions qu'elle doit passer avec les professions de santé libérales. Sans sous-estimer le double handicap constitué par un cadre réglementaire obsolète qui l'oblige à une négociation quasi permanente, et par l'âpreté de discussions budgétaires dans un contexte dégradé, la Caisse ne parvient pas à installer un climat constructif. Elle a d'ailleurs commandité un audit sur cette question en 2021. La situation la plus tendue concerne les relations qu'elle entretient avec les médecins, alors qu'ils constituent un pivot central dans le dispositif de prise en charge.

²³³ Cf. le procès-verbal du CA RGS du 7 novembre 2019, page 9.

La longue maladie, réformée par le Pays en 2017 en vue de son harmonisation entre les trois régimes RGS-RNS et RSPF, a fait l'impasse sur la durée de prise en charge des assurés et sur la liste des pathologies, obligeant la caisse à utiliser l'ancienne réglementation. Malgré deux demandes adressées depuis, la CPS a indiqué que la collectivité n'a pas répondu à ses sollicitations. Elle a intérêt à assurer un meilleur suivi de ses demandes qu'elle adresse à la collectivité qu'elle doit communiquer à ses instances dirigeantes.

Les évacuations sanitaires sont aussi un sujet d'une importance certaine. Le coût des évacuations sanitaires entre 2016 et 2020 a atteint un total cumulé de 27 Mrds F CFP, réparti entre les opérations inter-îles, 8,81 Mrds F CFP soit 32,6 % du total, et 18,23 Mrds F CFP pour les soins hors du territoire, soit 67,4 %.

La caisse, si elle n'hésite pas à rappeler que le médecin coordinateur de la direction de la Santé n'a pas provoqué de réunion depuis au moins 2018, n'est pas exempte de lacunes dans sa gestion. Une régulation stricte des « évasans » inter-îles (76 485 évacuations au total) et une négociation étendue avec les transporteurs aériens locaux (7,3 Mrds F CFP cumulés, soit 83 % du coût) sont à mettre en œuvre, avec le soutien du Pays, autorité organisatrice des transports. La régulation étant sous-traitée à un opérateur privé unique pour les « évasans » internationales, des marges de progrès restent à envisager s'agissant des voyages par avions (près de 300 MF CFP chaque année).

4 LES PENSIONS DE RETRAITE

La réglementation de la Polynésie française prévoit pour tous les salariés deux régimes de retraite obligatoires fondés sur le principe de la répartition. La retraite de tranche A dite « retraite de base » créée en 1968, par points²³⁴ jusqu'en 1987, et par annuité²³⁵ depuis, et la retraite de tranche B mise en place en 1995 dans le cadre de la réforme de la PSG.

Ce système a été porté à l'origine par une économie dynamique, un salariat jeune et en expansion, une démographie favorable adossée par une espérance de vie limitée à 57 ans pour les hommes et à 61 ans pour les femmes (en 1995). Les premiers pensionnés ayant eu des carrières courtes, leur pension étaient assises sur des montants limités. Dans ces conditions, le choix initial a été d'offrir un dispositif plutôt généreux : un âge de départ anticipé fixé à partir de 50 ans pour 15 annuités avec un taux d'abattement de 1% par an, un âge légal de départ fixé à 60 ans, et un taux plein de 70 % pour 35 annuités calculé sur un salaire moyen de référence des 5 meilleurs années dans les 10 dernières années d'activité.

Malgré les conditions favorables offertes aux pensionnés, le contexte porteur précédemment décrit a abouti à un système structurellement excédentaire.

²³⁴ Le montant de la pension est calculé sur la carrière et donc sur les périodes cotisées.

²³⁵ Le montant de la pension est liquidé en fonction des revenus perçus par le salarié sur une période donnée (salaire moyen de référence).

Un renversement de situation s'est produit depuis.

La CPS a versé en 2020 à un peu plus de 43 000 retraités, près de 50 Mrds F CFP. L'essentiel concerne les pensionnés au titre du RGS, dont les effectifs ont augmenté de + 12 %, et le montant total des pensions de + 21 % sur la période (2016-2020).

La majeure partie des prestations vieillesse concerne les pensions de retraite de droit commun de la tranche A et de la tranche B (42,5 Mrds F CFP). Dans cet ensemble, la tranche A représente 34,9 Mrds F CFP, contre 7,6 Mrds F CFP pour la tranche B. L'effectif des pensionnés de la tranche A a augmenté entre 2016 et 2020 de 11 %, et les montants alloués correspondant ont progressé de 18 %. La tranche B a connu un rythme encore plus soutenu, avec respectivement + 18 % et + 24 %.

Tableau n° 49 : Bénéficiaires et pensions versées

	Exercice 2016		Exercice 2017		Exercice 2018		Exercice 2019		Exercice 2020	
	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés
RGS	31 018	40 020 421 886	31 839	41 710 426 570	33 035	43 571 466 454	34 898	47 360 784 308	34 819	48 565 275 575
RPSMR	6 517	2 685 341 748	6 699	2 681 024 231	6 809	2 670 551 452	6 970	2 672 528 946	6 968	2 624 290 139
RSPF	1 663	1 395 142 729	1 687	1 376 345 212	1 691	1 400 325 633	1 754	1 441 320 636	1 766	1 460 667 223
Total:	39 198	44 100 906 363	40 225	45 767 796 013	41 535	47 642 343 539	43 622	51 474 633 890	43 553	52 650 232 937

Source : D'après CPS.

Compte tenu de son rôle de gestionnaire des pensions et des recettes, la CPS a longtemps été à l'origine, à raison, de propositions d'ajustements pour assurer l'équilibre budgétaire des retraites. Elle établissait chaque année un projet de budget qui incorporait des taux de cotisations et des plafonds d'assiette, qui étaient adoptés le plus souvent par le conseil des ministres.

4.1 Des projets de réforme

Les changements qui ont affecté la société polynésienne ont remis en cause l'équilibre entre les financements et les dépenses nécessaires au paiement des prestations servies.

Le système de retraite est en effet confronté depuis près d'une quinzaine d'années à la conjonction de trois facteurs qui dégradent la situation. Le vieillissement de la population couplé à l'accroissement de l'espérance de vie favorisent l'augmentation des effectifs des pensionnés ; et de nouvelles cohortes qui arrivent à l'âge de la retraite aux carrières plus complètes que leurs prédécesseurs qui leur permet de bénéficier de pensions individuelles aux montants plus élevés.

Les effets simultanés de ces phénomènes ont été accentués par la crise économique survenue en 2009, qui a provoqué la contraction brutale des effectifs et de la masse salariale, et donc des recettes perçues à partir des cotisations encaissées par les régimes.

Ces constats ont été dressés par la CPS. Les conseils d'administration successifs ont d'abord proposé comme réponse la majoration graduelle des cotisations retraite. Leur taux est ainsi passé de 9 % en 1999 à 22 % en 2020 au titre de la tranche A, et de 5,10 % à 17,43 % au cours de la même période pour la tranche B.

Cela s'est révélé insuffisant, et la Caisse a envisagé des réformes paramétriques plus poussées.

En 2017, le conseil d'administration a dressé un comparatif entre les propositions qu'il avait formulées en 2015, et l'état de la réglementation définie par le gouvernement. Une partie des projets de la Caisse a été retenue.

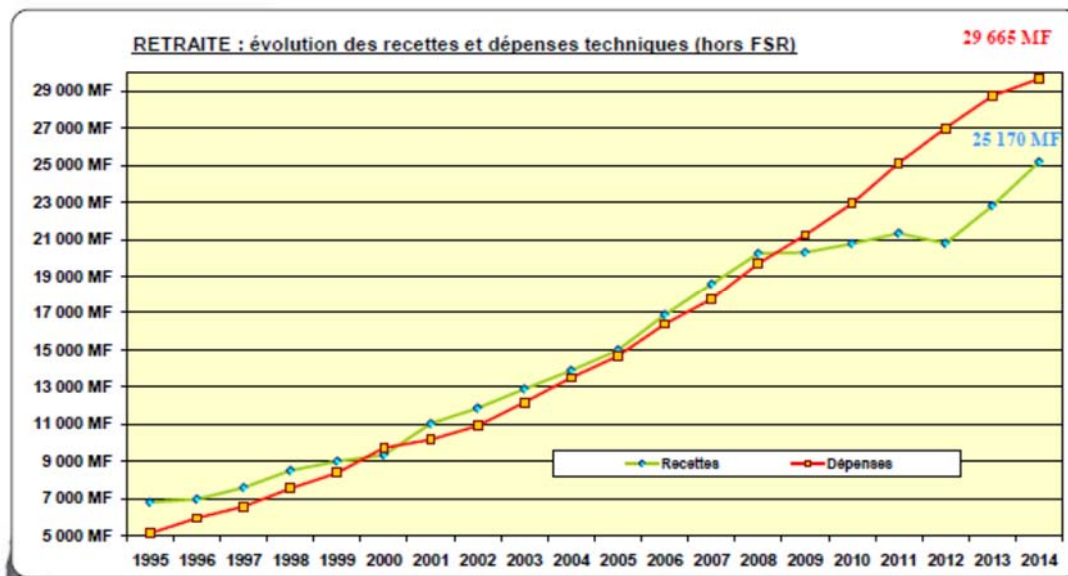
PARAMETRES POUR LA RETRAITE A	Rappel des propositions prévues au budget 2015 votées par le CA RGS	Situation à fin septembre 2017
Taux de cotisation	19,02%	de 15% en 2011 à 20,34% en 2017 soit +5,34 points en 6 ans
Plafond de cotisation Tranche A	255.000F et + 0,5% par an	de 246.000F e 2011 à 257.000F en 2017 Soit +11 000F
Age légal	60 ans	60 ans
Age pour un départ à la retraite anticipée (*)	57 ans directement	55 ans
Minimum d'annuités pour un départ à la retraite anticipée (*)	30 annuités directement	20 ans
Taux d'abattement pour un départ à la retraite anticipée (*)	8% par année d'anticipation par rapport à l'âge légal	8% par année d'anticipation par rapport à l'âge légal
Nombre d'annuités pour un départ à taux plein	38 annuités directement	35 ans
Taux plein	70%	70%
Age minimal pour un départ à taux plein	55 ans	pas d'âge minimal
Salaire Moyen de Référence (SMR)	moyenne des 10 meilleures années sur les 15 dernières années	moyenne des 10 meilleures années sur les 15 dernières années
Contribution d'équilibre	Cloisonnement des branches principe d'institution d'une contribution d'équilibre sans constitution de droit en contrepartie	Pas de cloisonnement des branches Pas de contribution d'équilibre
PARAMETRES POUR LA RETRAITE B	Propositions prévues au budget 2015 votées par le CA RGS	Situation à fin septembre 2017
Taux de cotisations		de 14,43% en 2011 à 2013, à 17,43% en 2017 Soit +3 points en 4 ans
Alignement du taux d'abattement avec celui de la Retraite A	8%	8% par année d'anticipation par rapport à l'âge légal

(*) autre que pour travaux pénibles ou inaptitude médicale

Source : procès-verbal du CA du RGS le 27 octobre 2017, page 100.

Les mesures de réforme ont porté principalement sur les conditions de départs anticipés, l'âge légal a été repoussé ainsi que le minimum d'annuités et le taux d'abattement porté de 1 à 8 %.

La comparaison entre les dépenses et les recettes sur longue période indique que les réformes ont produit des effets qui ont permis de stabiliser les trajectoires, sans parvenir néanmoins à revenir, comme avant 2008, à une situation équilibrée.



Source : procès-verbal de la commission de retraite élargie du 17 juin 2015.

C'est dans ce contexte que la CPS s'est dotée d'une *commission de retraite élargie*, composée des administrateurs du RGS, du RNS et du RSPF. Créée en 2011, elle avait vocation à étudier en particulier le scénario d'une affiliation obligatoire des ressortissants du RNS. Elle s'est réunie pour la dernière fois le 17 juin 2015. L'ordre du jour de cette ultime réunion portait sur le projet de « réforme paramétrique et l'horizon de viabilité du régime de retraite tranche A ».

En outre, le conseil d'administration du RGS a validé en 2013 le principe d'un cloisonnement financier entre les branches, afin d'empêcher que les excédents antérieurs cumulés de la retraite soient mobilisés pour financer le déficit de la branche assurance maladie. Aucune suite n'a été donnée depuis par la collectivité de la Polynésie française.

C'est à partir de 2013 que la Caisse a fait évoluer son approche statistique en matière de retraites.

Historiquement, elle effectue des calculs budgétaires à partir de tendances passées. Plus récemment, elle conduit des projections par calculs actuariels (cohortes) ce qui est pertinent. L'outil de modélisation acquis par la CPS en 2013 a été révisé et ajusté en 2018 pour tenir compte de la réforme de 2017.

La CPS a fourni les éléments de simulation à la Chambre.

La Caisse a elle-même constaté que l'outil de modélisation présenté par un prestataire en octobre 2019 était fondé en partie des hypothèses de 2013, et que ces éléments n'ont pas été étudiés ni approuvés par le conseil d'administration de la CPS en 2016 et en 2017. Les données sont restées dans les mains de la direction. **Cela a eu comme effet que la réforme des retraites adoptée en 2019 par le Pays a reposé sur des hypothèses économétriques de 2013 non discutées en amont par les instances.**

Une mise à jour de l'outil a été effectuée en janvier 2020 à partir de données arrêtées au 30 juin 2019. En outre, les projections démographiques conduites par l'institut de la statistique de la Polynésie française (ISPF) à horizon 2030 ont été intégrées au modèle.

Depuis 2020, la direction a confirmé que les calculs actuariels sont présentés aux instances. Il est important que les administrateurs s'emparent des données mises à leur disposition, afin de formuler des décisions éclairées.

Ces simulations mathématiques dont le donneur d'ordre est la CPS, alimentent, avec les autres types de productions statistiques qu'elle produit, les analyses du nouveau conseil d'orientation et de suivi des retraites (COSR)²³⁶. Cette instance paritaire créée en 2019 a pour vocation de « suivre l'évolution des régimes de retraites, de formuler des propositions pour assurer leur solidité financière et leur fonctionnement solidaire ou de rendre des avis sur toute modification du cadre réglementaire ». **Une bonne partie des membres du COSR sont élus dans les instances de la CPS, dont la commission retraites. Il conviendra dès lors de veiller à la bonne répartition des attributions entre la CPS, le COSR et le Pays, afin de garantir l'efficacité des échanges techniques, des concertations nécessaires et des travaux de suivi des effets des réformes.** La Caisse a indiqué que depuis 2020, elle tient des réunions techniques régulières avec le COSR. **Cependant, le texte adopté n° 2021-54 LP/APF du 23 décembre 2021 de la loi du Pays portant réforme de la gouvernance de la protection sociale généralisée prévoit la suppression de cet organisme.**

La dernière réforme observée au cours de la période sous revue a été mise en œuvre le 1^{er} juillet 2019, en même temps que la création du COSR dont l'avenir est actuellement en suspens. Le système des retraites a été maintenu, mais des modifications paramétriques étendues ont été décidées par le Pays. Le projet de réforme a été présenté en conseil d'administration de la Caisse le 14 septembre 2018. Il est issu d'un travail conjoint entre la CPS et les services du Pays. Les simulations avaient inclus la fin du FSRE (cf. le § 2.4.2.1.).

La direction de la CPS estime que la réforme de 2019 a présenté l'avantage d'être séquencée d'ici 2022. En revanche, elle n'est pas allée jusqu'au bout compte tenu des enjeux. Le budget de la retraite 2021 a d'ailleurs été voté avec un déficit de 1,5 Mrds F CFP.

4.2 Les allocations complémentaires

La délibération n° 82-33 du 15 avril 1982 a instauré un minimum vieillesse pour garantir un revenu. Elle a créé pour ce faire deux aides en espèces, mais sans en fixer les sources de financement :

- l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en faveur des personnes âgées dont les ressources sont inférieures au revenu minimum qui justifient de la condition d'âge légal prévue au régime de retraite des travailleurs salariés ou en cas d'inaptitude au travail ;

²³⁶ Articles 103 et 104 de la loi du Pays n° 2019-6 du 1^{er} février 2019 modifiée portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social, complétés par l'arrêté n° 581 CM du 18 avril 2019 portant composition, organisation et fonctionnement du COSR.

- l'allocation complémentaire de retraite (ACR) est versée aux retraités du régime des prestations sociales du monde rural et du régime volontaire de retraite²³⁷, dont les ressources cumulées avec leur retraite, sont inférieures aux plafonds définis. Cette allocation qui doit concerner les ressortissants du RNS a pour effet de compléter les retraites des bénéficiaires jusqu'à un montant maximum égal à 60% du Smig mensuel.

- un fonds social a été créé par l'article 15 de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 portant institution d'un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française. Ce fonds concerne donc le RGS. Le texte précise que c'est le conseil d'administration de la Caisse qui fixe les modalités de fonctionnement et de financement du fonds social, et que l'ACR « est imputable sur le fonds social de la retraite ». Ce fonds est utilisé pour l'attribution, à titre individuel, de secours exceptionnels en espèce ou en nature.

Les accords paritaires « **Te Autaeara'a** » de 2010 ont remis en cause la règle initiale de 1982. Ils ont prévu trois volets, qui n'ont pas été remis en cause depuis :

- l'ACR pour les retraités RGS qui ont cotisé moins de 15 ans (ACR – 15 ans), est financée par Pays. Le déficit cumulé constaté au 31 décembre 2017 par la CPS était de 2,19 Mrds F CFP. Le Pays s'est engagé à apurer ce déficit à compter de l'exercice 2018 en deux temps, et pour l'avenir à équilibrer cette charge, ce qui a été fait en 2019. En 2020, la collectivité a apporté 2,123 Mrds F CFP pour financer des prestations d'un montant de 1,971 Mrds F CFP.

- l'ACR + 15 ans est prise en charge par le RGS pour les retraités salariés, sous la forme d'une cotisation à la charge des employeurs et des salariés ; le taux de 0,51 % a été porté à 0,54 % en 2020, alors que sur la période examinée, les recettes ont été supérieures aux dépenses annuelles. Il est vrai que le déficit antérieur cumulé restant à couvrir atteint 358,9 MF CFP.

- le FSR exceptionnel financé par une cotisation de 1 % à la charge des employeurs, qui devait résorber le déficit cumulé de 12,9 Mrds F CFP du déficit constaté avant 2006 (cf. le § 2.4.2.1).

Le choix du pivot de 15 ans correspondait à l'origine au minimum d'annuités pour pouvoir bénéficier d'une pension de retraite anticipée. La durée minimum ayant été portée à 20 ans par la réforme de 2019, la partition de l'ACR n'est plus en phase avec le régime de retraites. La CPS, compte tenu de son rôle, aurait dû saisir formellement le Pays pour qu'il effectue les mises à jour règlementaires adéquates, ce qu'elle n'a pas fait.

Dans les faits, le CA du RGS vote chaque année une délibération qui arrête le montant et le programme annuel de l'ACR, de l'ASPA et du FSR. L'ACR est allouée aux ressortissants du RGS et du RPSMR, alors que l'ASPA est réservée aux bénéficiaires du RSPF. C'est l'ACR au titre du RGS qui enregistre la plus forte progression entre 2016 et 2020 (+ 17 %).

²³⁷ Délibération n°74-11 du 25 janvier 1974 portant institution d'un régime de retraite en faveur des agriculteurs, éleveurs, pêcheurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprises, modifiée étendue aux professions libérales (délibération n°78-38 du 23 février 1978), et aux Ministres du culte et aux membres des associations, congrégations et collectivités religieuses (par Lp n° 2020-22 du 24 août 2020). La délibération a été renommée « portant institution d'un régime de retraite en faveur de certaines catégories socio-professionnelles ou religieuses non salariées. »

Tableau n° 50 : Panorama des aides ACR et ASPA

en francs CFP

	Exercice 2016		Exercice 2017		Exercice 2018		Exercice 2019		Exercice 2020	
	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés	Nbre de bénéficiaires différents	Montants versés
ACR RGS	5 858	2 285 505 778	6 111	2 374 927 387	6 344	2 448 953 669	6 693	2 585 871 590	6 794	2 669 951 931
ACR RPSMR	3 750	1 708 363 321	3 856	1 716 962 826	3 928	1 719 955 394	4 084	1 751 997 620	4 090	1 741 378 100
ASPA RSPF	1 663	1 395 142 729	1 687	1 376 345 212	1 691	1 400 325 633	1 754	1 441 320 636	1 766	1 460 667 223

Source : D'après CPS.

Le FSR a été programmé à hauteur de 179,5 MF CFP en 2020. La CPS n'a pas été en mesure de communiquer le nombre de bénéficiaires par aide. Au surplus, chaque année, des dispositifs d'aides sont inscrits au budget sans jamais être mobilisés. Ces aides ne disposant pas d'un financement identifié, elles sont de facto supportées par l'ACR et le FSRE. Le déficit cumulé des prestations FSR atteint fin 2020 un total cumulé de 1,583 Mrds F CFP.

Tableau n° 51 : Panorama des aides inscrites au FSR 2016 - 2019 - 2020

en francs CFP

FONDS SOCIAL DE RETRAITE FSR Régime RGS	Exercice 2016			Exercice 2019			Exercice 2020		
	Arrêté n°2211 CM du 28 12 2015 rendant exécutoire la délib. n°13-2015/CA du 29 10 2015.			Arrêté n°2632 CM du 13 12 2018 rendant exécutoire la délib. n°21-2018/CA du 08 11 2018.			Arrêté n°2835 CM du 13 12 2019 rendant exécutoire la délib. n°39-2019/CA du 08 11 2019.		
	Nbre de bénéficiaires différents	Montant (en millions XPF)		Nbre de bénéficiaires différents	Montant (en millions XPF)		Nbre de bénéficiaires différents	Montant (en millions XPF)	
		Inscrit au budget	Versé		Inscrit au budget	Versé		Inscrit au budget	Versé
Total programme		155	118,9		164	129,6		179,5	115,3
1 - Aides sociales et familiales		92	86,2		120	94,7		140,5	82,5
A - Frais de garde		92			100			125,5	
B - Intervention diverses					20			15	
2 - Aides sanitaires et secours exceptionnel		63	32,7		44	35,0		39	32,9
A - Prothèses		7			7			9	
B - Vestimentaires et changes		24			20			19	
C - Interventions diverses (Aides sanitaires + secours exceptionnel au conjoint survivant)		32			17			11	

Source : D'après CPS.

Au vu des éléments précédents qui font état d'un statu quo en matière d'allocations complémentaire retraite, la Chambre invite la CPS à se conformer aux textes en vigueur et à demander aussi à la collectivité de clarifier les ressources des prestations FSR, par une saisine formelle du Pays.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Pendant plusieurs décennies, les régimes ont bénéficié d'une démographie favorable, qui permettait de combiner excédents budgétaires et des prestations plutôt généreuses. Depuis plus d'une dizaine d'années, le financement des retraites est devenu problématique, à cause des évolutions fortes de la société polynésienne (démographie en baisse, élévation de l'espérance de vie et carrières plus longues à financer). Ces constats ont été dressés par la CPS. Les conseils d'administration successifs ont d'abord proposé comme réponse la majoration graduelle des cotisations retraite. Leur taux de 9 % en 1999 est passé à 22 % en 2020 au titre de la tranche A, et de 5,10 % à 17,43 % au cours de la même période pour la tranche B. Cela s'est révélé insuffisant, et la Caisse a proposé au Pays à partir de 2013 des réformes paramétriques plus poussées, qu'il a suivi en partie à partir de 2017. Sur cet aspect, la Caisse a indiqué que cette réforme a reposé sur des hypothèses économétriques sans mise à jour, datées de 2013, qui n'ont été ni discutées, ni approuvées en amont par ses instances paritaires entre 2016 et 2017. Ce n'est pas le cas de la dernière réforme observée au cours de la période sous revue qui a été mise en œuvre le 1^{er} juillet 2019, en même temps que la création du conseil d'orientation des retraites crée par le Pays (COSR), et présentée en conseil d'administration de la Caisse le 14 septembre 2018. Depuis, la direction actuelle a précisé qu'elle veille à communiquer les simulations statistiques aux instances, ainsi qu'au COSR.

La direction de la CPS a indiqué que la collectivité n'est pas allée jusqu'au bout de la démarche. Le budget de la retraite 2021 a d'ailleurs été voté avec un déficit de 1,5 Mrds F CFP. Cette réforme, d'abord financière, n'a pas corrigé l'irrégularité constatée de l'organisation des allocations complémentaires (ASPA, ACR) issue des accords paritaires «Te Autaeara'a » de 2010, et n'a pas calé le pivot de 15 ans de l'ACR sur les nouveaux paramètres.

5 LES AUTRES PRESTATIONS

L'article 1^{er} de la délibération n° 94-6 dispose que la protection sociale généralisée comprend comme assurances sociales outre les accidents du travail, les maladies professionnelles et la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse. De plus, l'aide sociale prévue par la même délibération comprend l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, et l'aide à l'enfance.

En Polynésie française, coexistent les prestations familiales octroyées par la CPS, et des aides accordées par les services du Pays. Dans le second cas, certaines sont payées par la CPS. Alors que les prestations territoriales font l'objet d'une application universelle, les aides gérées par la CPS peuvent être soumises à des conditions de ressources.

Cette organisation superposée est source d'inefficacité et affaiblit les contrôles, chaque partie, Pays et CPS, étant susceptible de compter sur l'autre. Au surplus, dans le cadre d'un recentrage adapté des attributions de la CPS souhaité par la Chambre, il serait de meilleure gestion que ces prestations sociales soient assurées en totalité par la collectivité de la Polynésie française.

5.1 Les prestations aux familles

Un ensemble de prestations familiales a été instauré au profit des salariés dès 1956 par l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956. La Caisse s'en voit attribuer la gestion depuis²³⁸.

Par la suite, la délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994 a institué les prestations familiales pour le régime des non-salariés. Son article 32 dispose que le financement des prestations familiales est assuré par des dotations de la Polynésie française. Le budget RNS de la Caisse fait apparaître un excédent annuel sur la période, mais dans le détail, le Pays a sous-doté sa participation aux prestations familiales, compensé par un surplus de recettes du risque maladie pour ce régime. L'article 14 de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 fixe que le financement des risques maladie du régime des non-salariés est assuré par les cotisations des ouvriers-droit (...). Il est complété par le produit de contributions publiques consacré, exclusivement, au règlement des soldes de cotisations nécessaires à l'affiliation au régime d'assurance maladie des ressortissants dont les capacités contributives sont insuffisantes. » Or, le seuil qui permet de distinguer les capacités suffisantes ou pas des assurés n'a jamais été fixé par le Pays.

Les prestations familiales pour le régime de solidarité de la Polynésie française ont été mises en place par la délibération n° 94-146 AT du 8 décembre 1994. **Elles sont financées en totalité, au vu de leur nature et des publics concernés, sur le budget du Pays par le versement d'une dotation à la Caisse.**

Les prestations familiales servies se composent, pour les trois régimes, d'allocations prénatales, d'allocations de maternité et d'allocations familiales. Elles comprennent également des indemnités journalières en cas de maternité en faveur des femmes relevant du RGS et du RNS.

Le montant total versé chaque année approche 7 Mrds F CFP, dont la moitié concerne les allocations familiales. Ces dernières ont connu une hausse prononcée en 2020 au titre du RSPF (+ 50 % entre 2019 et 2020), suite à la décision de la collectivité de répondre aux effets de la pandémie par leur majoration. Ce mouvement est exceptionnel, car il vient à rebours de la tendance générale à la baisse observée au cours de la période, du fait de la diminution de la natalité en Polynésie française.

²³⁸ Article 23 de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956, dont les modalités sont définies par l'arrêté n°1336 IT du 28 septembre 1956.

Tableau n° 52 : Ventilation des prestations familiales

en francs CFP		Exercice 2016		Exercice 2017		Exercice 2018		Exercice 2019		Exercice 2020		2016/2020	
Régime	Prestation	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	variation effectif	variation montants
RGS	Allocations prénatales	3 697	115 221 900	3 667	115 824 700	3 749	118 564 100	3 535	112 182 901	3 278	110 285 242	-11%	-4%
	Allocations de maternité	6 608	152 073 000	6 596	150 940 256	6 556	151 443 250	6 391	141 562 516	5 902	130 281 957	-11%	-14%
	Allocations familiales	56 092	3 962 903 000	56 748	3 970 729 000	55 684	3 942 846 250	54 032	3 802 491 000	51 154	3 684 076 500	-9%	-7%
	indemnités journalières (PF 40%)	1 056	269 102 988	1 019	270 284 665	1 082	286 494 647	1 115	296 433 588	1 091	285 410 506	3%	6%
	Sous-total PF RGS		4 499 300 888		4 507 778 621		4 499 348 247		4 352 670 005		4 210 054 205		-6%
RNS	Allocations prénatales	241	6 098 518	213	5 229 263	204	5 423 827	171	4 208 960	171	4 534 059	-29%	-26%
	Allocations de maternité	514	11 434 660	384	7 894 582	376	7 620 287	346	6 334 000	298	5 300 002	-42%	-54%
	Allocations familiales	6 014	307 945 750	5 032	272 580 000	4 376	250 337 500	4 116	236 475 750	3 954	231 256 750	-34%	-25%
	indemnités journalières (PF)	42	20 770 010	35	16 067 584	46	25 659 886	41	25 957 414	62	34 231 017	48%	65%
	Sous-total PF RNS		346 248 938		301 771 429		289 041 500		272 976 124		275 321 828		-20%
RSPF	Allocations prénatales	1 965	51 836 439	1 746	47 489 259	1 628	45 024 944	1 673	44 725 624	1 703	49 924 804	-13%	-4%
	Allocations de maternité	3 814	84 966 750	3 632	79 026 750	3 282	73 320 500	3 376	70 587 000	3 575	73 128 000	-6%	-14%
	Allocations familiales	24 129	2 041 240 000	23 686	1 954 467 000	23 005	1 907 820 000	22 896	2 001 440 482	22 820	2 988 166 535	-5%	46%
	Sous-total PF RSPF		2 178 043 189		2 080 983 009		2 026 165 444		2 116 753 106		3 111 219 339		43%
TOTAL PSG	Allocations prénatales	5 903	173 156 857	5 626	168 543 222	5 581	169 012 871	5 379	161 117 485	5 152	164 744 105	-13%	-5%
	Allocations de maternité	10 936	248 474 410	10 612	237 861 588	10 214	232 384 037	10 113	218 483 516	9 775	208 709 959	-11%	-16%
	Allocations familiales	86 235	6 312 088 750	85 466	6 197 776 000	83 065	6 101 003 750	81 044	6 040 407 232	77 928	6 903 499 785	-10%	9%
	indemnités journalières (PF 40%)	1 098	289 872 998	1 054	286 352 249	1 128	312 154 533	1 156	322 391 002	1 153	319 641 523	5%	10%
	Total PF PSG		7 023 593 015		6 890 533 059		6 814 555 191		6 742 399 235		7 596 595 372		8%

Source : CPS, ventilation au 31.08.2021.

5.1.1 Les allocations prénatales

Le droit aux allocations prénatales est ouvert à toute femme salariée ou conjointe d'un travailleur salarié à compter du jour où l'état de grossesse est déclaré. Depuis la délibération n° 2003-210 APF du 31 décembre 2003, le montant des allocations prénatales est fixé à 54 000 F CFP. L'attribution de telles allocations est subordonnée à la réalisation d'examen médicaux ayant pour but de fournir un accompagnement durant la grossesse.

Contrairement aux dispositions prévues par le RGS où les montants alloués sont fixes et ne dépendent pas de conditions de ressources, les allocations prénatales prévues au RNS par la délibération n°2003-211 APF du 31 décembre 2003 sont soumises à modulation en fonction d'un quotient familial. L'allocation peut alors varier de 49 500 F CFP à zéro.

Le montant de l'allocation prénatale des ressortissants du RSPF est de 49 500 F CFP²³⁹.

Pour les trois régimes, a été créé en 2019 une prime de 5 000 F CFP en contrepartie d'une « entretien prénatal précoce »²⁴⁰.

Le contrôle de la réalité des examens médicaux et de l'entretien précoce est effectué lors de la présentation par les bénéficiaires des volets dédiés de leur carnet de suivi. Les rendez-vous dans les îles sont conduits dans le cadre des consultations spécialisées avancées (CSA).

²³⁹ Article 1^{er} de la délibération n°2003-212 APF du 31 décembre 2003.

²⁴⁰ Arrêté n°193 CM du 8 février 2019 portant modification du montant des allocations prénatales versées aux ressortissants des régimes de protection sociale polynésiens.

5.1.2 Les allocations maternité

Contrairement aux allocations prénatales qui relèvent du droit social de la collectivité, certaines conditions d'attributions et de remise des allocations sont renvoyées au règlement intérieur de la CPS²⁴¹.

La Caisse s'est alignée sur la doctrine du Pays : aucune condition de ressources n'est fixée au titre du RGS. Ces allocations sont versées pendant les douze premiers mois et représentent 72 000 F CFP par enfant pour les salariées.

En complément, l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 modifié impose l'inscription de l'enfant sur le registre de l'État-civil, et depuis 2018, à la constatation médicale de l'accouchement, à la consultation médicale périodique des nourrissons et au suivi médical de la mère²⁴².

Il est précisé dans l'article 8 de l'arrêté susvisé que l'allocation est versée à la mère à la condition qu'elle ait la garde effective et permanente de l'enfant et que l'allocation est utilisée dans l'intérêt de l'enfant. Ces conditions, sans remettre en cause leur bien-fondé, semblent pour certaines d'entre elles, l'intérêt de l'enfant avéré, parfois bien difficiles à contrôler. D'ailleurs, la procédure est étoffée : constat de défaut par le médecin consultant, enquête sociale, puis décision du conseil d'administration de la CPS de suspendre éventuellement l'allocation, ou la verser à une œuvre, ou à la personne assumant effectivement la charge et la garde de l'enfant.

Le montant de l'allocation versée aux ressortissants du RNS varie comme précédemment en fonction du quotient familial. Il évolue de 66 000 F CFP à zéro.

Le montant de l'allocation de maternité des ressortissants du RSPF est de 66 000 F CFP²⁴³.

Ces deux allocations mériteraient un traitement égal concernant les ressources des bénéficiaires, quel que soit le régime.

5.1.3 Les allocations familiales

Les allocations familiales viennent à la suite des allocations maternité.

Les conditions d'attribution et les modalités de versement sont définies par la réglementation de la collectivité.

Concernant le premier volet, elles sont similaires pour les trois régimes. Celles-ci sont attribuées aux ressortissants des trois régimes pour chaque enfant à charge, âgé de plus d'un an et de moins de seize ans. La limite d'âge peut être prolongée à 18 ans pour un enfant en apprentissage et à 21 ans en cas de poursuite d'études. Une allocation spéciale d'aide aux enfants gravement handicapés peut venir en remplacement de l'allocation familiale²⁴⁴.

²⁴¹ Arrêté n° 1385 IT du 10 octobre 1956, fixant le règlement intérieur de la caisse de compensation des prestations familiales des E.F.O.

²⁴² Article LP. 2 de la loi du Pays n°2018-29 du 6 août 2018.

²⁴³ Article 13 de la délibération n°94-146 modifié par la délibération n°2003-212 APF.

²⁴⁴ Article 9 de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 modifié pour le RGS, repris dans la délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994 (RNS), et dans la délibération n° 94-146 AT du 8 décembre 1994 (RSPF).

Les montants et les modalités varient entre les régimes.

Le montant des allocations familiales des ressortissants du RGS est de 7 000 F CFP par mois et par enfant à charge, sans conditions de ressources²⁴⁵. Les ressortissants du RNS peuvent se voir allouer une allocation de 7 000 F CFP à zéro, en fonction d'un quotient familial²⁴⁶. Le montant des allocations familiales pour les ressortissants du RSPF est de 10 000 F CFP par mois et par enfant à charge²⁴⁷. Lors de la crise sanitaire²⁴⁸, le montant a été majoré à 15 000 F CFP.

Concernant le RGS, le paiement des allocations est conditionné à une durée effective de travail minimal ou à la qualité de pensionné²⁴⁹. Les trois régimes imposent l'assiduité de l'enfant à l'école ou au travail, à son inscription au registre de l'État-civil et à la consultation régulière du service médical scolaire. Les allocations peuvent être suspendues dans les conditions définies par le règlement intérieur, si les prescriptions du médecin pour la protection sanitaire de la mère et de l'enfant (service du Pays) ne sont pas respectées par l'intéressée.

5.2 Le handicap

La prise en compte du handicap comprend essentiellement les prestations attribuées aux personnes handicapées et les subventions octroyées aux établissements médico-éducatifs et sociaux-éducatifs qui œuvrent dans ce domaine.

Comme vu précédemment, les allocations familiales sont remplacées par une allocation spéciale d'aide lorsque l'enfant est reconnu handicapé. Son montant est fixé par la délibération n° 82-36 du 30 avril 1982 relative à l'action en faveur des personnes handicapées.

La délibération n° 95-111 AT du 3 août 1995 définissant la couverture du risque lié aux handicaps médico-sociaux des ressortissants du RSPF prévoit notamment des prestations aux personnes handicapées. Alors que les adultes reconnus handicapés relèvent du RSPF, les enfants handicapés dépendent du régime de leurs parents. Cette répartition entraîne une différence dans la nature des recettes et des dépenses affectées à la prise en charge des prestations, susceptible d'atténuer la visibilité d'ensemble.

La CPS a versé 4,3 Mrds F CFP en 2020 à 6 193 personnes reconnues handicapées, dont 1 232 enfants. Les effectifs et les montants alloués sont en augmentation au cours de la période.

Les services de la Caisse utilisent le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées approuvé par l'arrêté n° 270 CM du 1996 du 12 mars 1996.

²⁴⁵ Article 10 de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 modifié.

²⁴⁶ Article 22 de la délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994.

²⁴⁷ Article 22 de la délibération n° 94-146 AT du 8 décembre 1994 instituant les prestations familiales pour le régime de solidarité territorial.

²⁴⁸ Soit de mars 2020 à mars 2021. Par application des arrêtés n° 314 CM du 23 mars 2020 portant revalorisation à 15 000 F CFP du montant des allocations familiales pour les ressortissants du RSPF du mois de mars au mois de mai 2020, modifié par les arrêtés n° 864 CM du 26 juin 2020, n° 1502 CM du 30 septembre 2020 et n° 2546 CM du 23 décembre 2020.

²⁴⁹ Article 11 de l'arrêté n°1335 IT du 28 septembre 1956 modifié.

Tableau n° 53 : Ventilation des prestations aux personnes handicapées

<i>en francs CFP</i>		Exercice 2016		Exercice 2017		Exercice 2018		Exercice 2019		Exercice 2020		variation nbre	variation montants
Régime	Prestation	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés	Nbre de bénéficiaires	Montants versés		
RGS	Enfants - Allocation spéciale aux handicapés (A.S.H.)	620	208 810 000	648	215 012 000	685	231 607 000	738	248 345 000	719	247 699 000	16%	19%
	Enfants - Une allocation compensatrice de perte d'autonomie	118	21 792 000	129	23 580 000	158	26 112 000	164	28 068 000	152	26 196 000	29%	20%
	Sous-total RGS		230 602 000		238 592 000		257 719 000		276 413 000		273 895 000		19%
RNS	Enfants - Allocation spéciale aux handicapés (A.S.H.)	63	13 724 500	48	12 433 000	36	11 092 000	36	10 197 000	31	10 319 000	-51%	-25%
	Enfants - Une allocation compensatrice de perte d'autonomie	15	1 463 000	11	1 848 000	9	1 408 000	10	1 045 000	5	726 000	-67%	-50%
	Sous-total RNS		15 187 500		14 281 000		12 500 000		11 242 000		11 045 000		-27%
RSPF	Enfants - Allocation spéciale aux handicapés (A.S.H.)	380	114 570 000	398	123 604 000	453	137 110 000	487	153 046 000	482	155 435 000	27%	36%
	Enfants - Une allocation compensatrice de perte d'autonomie	62	9 284 000	67	9 009 000	97	12 089 000	99	13 200 000	93	12 958 000	50%	40%
	Adultes - Allocation de base aux adultes handicapés	4 338	1 504 155 356	4 463	1 533 721 225	4 662	1 600 547 295	4 802	1 648 530 931	4 961	1 882 634 000	14%	25%
	Adultes - Allocation complémentaire	3 598		3 699		3 858		3 948		4 083			
	Adultes - Allocation compensatrice de perte d'autonomie	1 557	1 754 009 093	1 667	1 798 745 026	1 759	1 878 697 490	1 825	1 940 830 723	1 942	1 993 587 564	17%	14%
	Sous-total RSPF		3 382 018 449		3 465 079 251		3 628 443 785		3 755 607 654		4 044 614 564		20%
TOTAL PSG	Enfants - Allocation spéciale aux handicapés (A.S.H.)	1 063	337 104 500	1 094	351 049 000	1 174	379 809 000	1 261	411 588 000	1 232	413 453 000	16%	23%
	Enfants - Une allocation compensatrice de perte d'autonomie	195	32 539 000	207	34 437 000	264	39 609 000	273	42 313 000	250	39 880 000	28%	23%
	Sous-total enfants	1 063	369 643 500	1 094	385 486 000	1 174	419 418 000	1 261	453 901 000	1 232	453 333 000	16%	23%
	Adultes - Allocation de base aux adultes handicapés	4 338	1 504 155 356	4 463	1 533 721 225	4 662	1 600 547 295	4 802	1 648 530 931	4 961	1 882 634 000	14%	25%
	Adultes - Allocation complémentaire	3 598		3 699		3 858		3 948		4 083			
	Adultes - Allocation compensatrice de perte d'autonomie	1 557	1 754 009 093	1 667	1 798 745 026	1 759	1 878 697 490	1 825	1 940 830 723	1 942	1 993 587 564	17%	14%
	Sous-total adultes	4 338	3 258 164 449	4 463	3 332 466 251	4 662	3 479 244 785	4 802	3 589 361 654	4 961	3 876 221 564	14%	19%
	Total PSG	5 401	3 627 807 949	5 557	3 717 952 251	5 836	3 898 662 785	6 063	4 043 262 654	6 193	4 329 554 564	15%	19%

Source : CPS, ventilation au 31.08.2021.

5.2.1 Les enfants et les adolescents

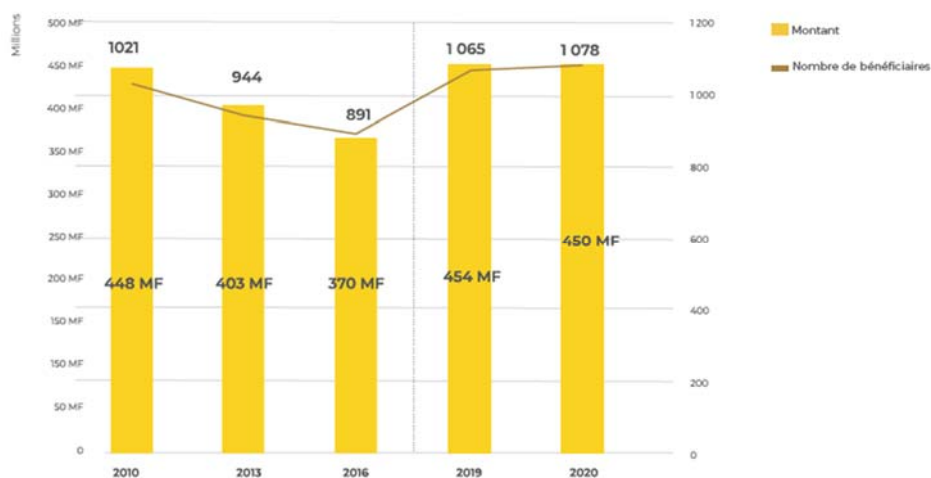
L'article 25-1 de la délibération n° 82-36 du 30 avril 1982 modifiée prévoit une allocation spéciale (ASH) sur décision de la commission territoriale de l'éducation spéciale (C.T.E.S.) pour les enfants jusqu'à leur entrée dans la vie active et, pour ceux qui n'y entrent pas, jusqu'à l'âge de 20 ans (article 7).

Son montant, fixé à 36 000 F CFP par mois, est versé quand le taux du handicap est au moins égal à 80 %. L'ASH est accordée lorsque le taux de handicap est compris entre 50 et 80 % pour les enfants devant bénéficier d'une mesure d'éducation spéciale ou ordinaire.

Une allocation compensatrice de perte d'autonomie modulée selon les besoins peut être accordée pour l'enfant atteint d'un handicap égal ou supérieur à 80 % lorsque sa prise en charge nécessite des dépenses particulièrement coûteuses. Le montant est de 12 000 ou 24 000 F CFP si le parent relève du RGS. Il sera de 11 000 ou 22 000 F CFP si le parent relève du RNS ou du RSPF.

Les montants varient donc selon le régime d'affiliation et non pas des ressources réelles et de la situation de handicap.

En 2020, 450 MF CFP ont été versées par les différents régimes. Ce niveau de prise en charge est globalement similaire à celui constaté en 2010.

Graphique n° 3 : Nombre de bénéficiaires enfants et des montants des allocations handicap

Source : CPS

5.2.2 Les adultes

L'adulte handicapé (à partir de 20 ans), bénéficie d'une allocation spécifique, l'allocation adulte handicapé, dite allocation de base, lorsqu'il ne perçoit pas, au préalable, une allocation liée à la vieillesse ou à l'invalidité d'un montant égal. L'allocation est accordée sur décision de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnels (COTOREP) appréciant le taux d'invalidité de la personne handicapée ou l'impossibilité, compte tenu de son handicap, de se procurer un emploi²⁵⁰.

Son versement est conditionné à un plafond de revenus inférieur ou égal à 2/3 du salaire minimum interprofessionnel garanti. Sur décision du Pays, le montant de l'allocation de base aux adultes handicapés est appelé à évoluer d'ici 2023²⁵¹ :

- 33 115 F CFP jusqu'au 31 décembre 2019 ;
- 37 000 F CFP au 1^{er} janvier 2020 ;
- 42 000 F CFP au 1^{er} janvier 2021 ;
- 46 000 F CFP au 1^{er} janvier 2022 ;
- 50 000 F CFP au 1^{er} janvier 2023.

²⁵⁰ Délibération n°95-263 du 20 décembre 1995 modifiant la délibération n° n° 82-36 du 30 avril 1982.

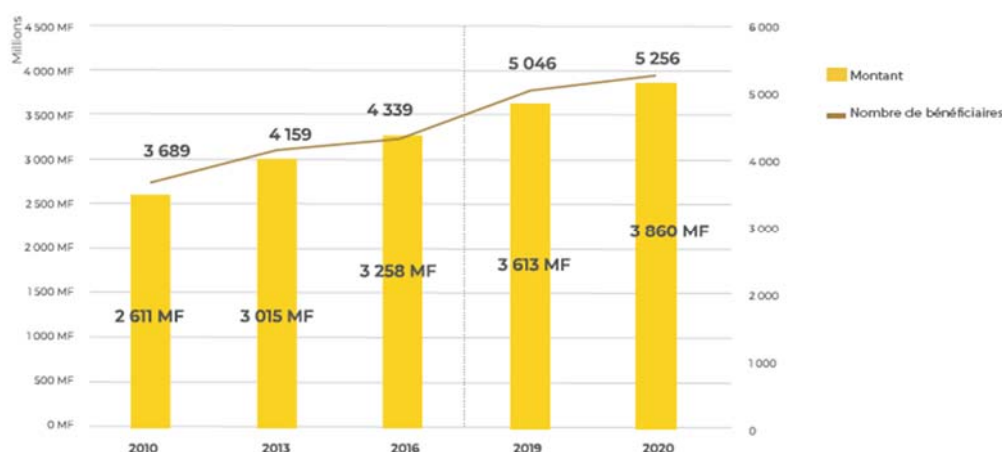
²⁵¹ Arrêté n°2875 CM du 16 décembre 2019.

Une allocation complémentaire²⁵² peut intervenir afin de prendre en compte des caractéristiques aggravantes du handicap. Elle est fixée à hauteur de 36 885 F CFP. Le cumul, à l'identique de la majoration décidée pour l'allocation de base, doit augmenter²⁵³ :

- 70 000 F CFP jusqu'au 31 décembre 2019 ;
- 73 885 F CFP, à compter du 1^{er} janvier 2020 ;
- 78 885 F CFP, à compter du 1^{er} janvier 2021 ;
- 82 885 F CFP, à compter du 1^{er} janvier 2022 ;
- 86 885 F CFP, à compter du 1^{er} janvier 2023.

Enfin, une allocation compensatrice de perte d'autonomie²⁵⁴ peut être accordée par la COTOREP si le degré d'autonomie de la personne handicapée ne lui permet pas d'assurer certains actes de la vie courante. Le montant de cette allocation varie selon les besoins de la prise en charge à 12,5 % ou 25 % du SMIG, soit 10 918 F CFP en cas d'assistance ou 21 836 F CFP en cas de suppléance.

Graphique n° 4 : Nombre de bénéficiaires adultes et des montants des allocations handicap



Source : CPS

En 2020, 5 256 adultes handicapés bénéficiaient d'un total de 3,860 Mrds F CFP d'allocations. Depuis 2010, les volumes constatés ont fortement augmenté. Le nombre de bénéficiaires a ainsi progressé de 42 % et le montant des allocations versées de 48 %.

Cette croissance serait imputable, selon la Caisse, bien qu'elle n'est pas conduit d'études sur ce sujet, à notamment l'effet combiné de la paupérisation d'une partie de la population, qui recherche des aides, et des effets de l'expansion des affections chroniques.

²⁵² Délibération n°96-101 APF du 8 août 1996.

²⁵³ Arrêté n°2876 CM du 16 décembre 2019.

²⁵⁴ Délibération n° 96-101 APF du 8 août 1996.

5.2.3 Les établissements médico-sociaux

La prise en charge par la Caisse des frais de traitement concernant les personnes handicapées soignées dans les établissements agréés par le Pays consiste au paiement d'un forfait journalier. Il comprend la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux effectués au bénéfice des ressortissants du régime d'assurance maladie.

Les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement font l'objet de conventions individuelles entre la Caisse et chaque établissement concerné. Le montant du forfait journalier est soumis pour avis au conseil du handicap²⁵⁵. Ce dernier est également chargé, entre autre, d'émettre un avis sur les demandes d'autorisation et d'agrément des établissements et services médico-sociaux. Si le directeur de la CPS est membre de ce conseil, ce qui aide à la coordination de cette politique, celle-ci est théorique, puisque cette instance ne se serait pas réunie depuis au moins 2013.

Au titre du handicap, 15 établissements sont financés par la CPS, dont 12 relèvent du secteur médico-éducatif, et trois du secteur socio-éducatif. La Caisse leur a affecté 901 MF CFP en 2020, montant financé par le RSPF²⁵⁶. La moyenne de la dotation annuelle pour la majorité des établissements est de 50 MF CFP. C'est la Fraternité chrétienne qui reçoit l'allocation la plus importante (257,6 MF CFP).

La CPS n'a pas été en mesure dans un premier temps de communiquer les montants votés et les montants réalisés au cours de la période, hormis la maquette prévisionnelle 2020.

La comparaison avec les tables transmises par la suite sont complètes, avec cependant des montants différents s'agissant des budgets votés.

Le circuit financier est tripartite.

La Caisse effectue les paiements, à partir des ordres de paiement de la direction de la solidarité, de la famille et de l'égalité (DSFE), dans le cadre d'un budget annuel voté par le comité de gestion du RSPF. Le fait de ne pas maîtriser l'ensemble de la chaîne de paiement ne peut pas justifier l'absence de la part de la Caisse d'un suivi complet du dispositif budgétaire.

Pour les besoins de l'instruction, la CPS a transmis un état détaillé des dépenses réalisées produit par la DSFE.

La Chambre invite dès lors la Caisse à assurer un suivi exhaustif et régulier des dispositifs sociaux pour lesquels elle assure la prévision budgétaire et la liquidation.

²⁵⁵ Article 6 de la délibération n°74-22 du 14 février 1974 modifié par la délibération n°87-8 AT du 23 février 1987, complété par la délibération n°82-36, et l'arrêté n° 1139 CM du 26 septembre 1986 fixant la composition, les attributions et le fonctionnement du conseil du handicap.

²⁵⁶ Arrêté n° 3180 CM du 31 décembre 2019 rendant exécutoire la délibération n° 54-2019/CG. RSPF du 30 décembre 2019.

5.3 L'action sanitaire et sociale

La CPS assure la gestion d'une partie de l'action sanitaire et sociale, et pas seulement au titre du RSPF. Des ressortissants du RGS et du RNS, par leur situation économique, sont en effet éligibles à une série d'aides dispensées par la Caisse.

La Caisse ne conduit pas d'étude détaillées dans ce domaine qui lui permettrait notamment d'anticiper sur les besoins à venir.

5.3.1 Les aides sanitaires et sociales à la personne

Un fond spécifique est géré par chaque régime social.

Ces trois fonds comprennent principalement des prestations en nature : aides de premier secours, aides sanitaires, à l'habitat et au logement, les aides à l'épanouissement de l'enfant (bourses de vacances, frais de crèches garderies...), la protection de publics vulnérables (personnes âgées, et adultes handicapés), les prestations en espèces, la participation aux cantines scolaires et les aides exceptionnelles et actions collectives.

L'article 7 de la délibération n° 2018-53 APF du 19 juillet 2018 mise en application depuis le 1^{er} janvier 2019 prévoit que les conseils d'administration et comités de gestion des trois régimes fixent, lors du vote du budget annuel des *fonds d'action sociale*, le montant de certaines dépenses prévisionnelles annuelles. Il s'agit de celles qui sont affectées aux aides sociales et aux aides sanitaires. Ils sont chargés au surplus de déterminer la nature, les conditions et le mode de versement de ces aides par délibérations.

La CPS n'a pas été en mesure de communiquer pour les besoins de l'instruction ses données relatives au nombre de bénéficiaires par aide, ni les montants réalisés au cours de la période, informations pourtant essentielles pour qu'elle assure correctement le suivi et le pilotage de ces dispositifs.

La délibération citée supra a aussi précisé les règles d'ordonnancement. Auparavant effectué par le directeur de la CPS²⁵⁷ pour le paiement de l'ensemble des prestations, l'ordonnancement des dépenses d'aides sociales du fonds d'action sanitaire, sociale et familiale relève du service en charge des affaires sociales de la Polynésie française (DSFE).

Néanmoins, cette nouvelle répartition des rôles souffre de deux exceptions. Les services de la CPS conservent la gestion des aides dites extra-légales²⁵⁸ soit le complément familial, des bourses de vacances, le programme de loisirs éducatifs en internat, l'allocation de rentrée scolaire et de la participation aux frais de cantine scolaire. La Caisse conserve aussi la gestion du FSR afin de répondre à des demandes de nature sociale ou sanitaire des pensionnés du RGS (cf. le § 4.2.). En complément, l'ordonnancement des aides sanitaires ainsi que les « aides sociales automatisées » du FASS continuent à être réalisés par la CPS.

²⁵⁷ Article 3 de l'arrêté n° 1408 i.t. du 13 octobre 1956 fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la caisse de compensation des prestations familiales : « Le directeur de la Caisse est ordonnateur du budget de la caisse en recettes et en dépenses. »

²⁵⁸ Aides créées par le conseil d'administration et non pas par la réglementation territoriale.

Or, en considérant les montants en jeu, le total des aides placées sous la gestion de la DSFE reste inférieur à 10 % du total du FASS. Le complément familial et la participation aux cantines scolaires qui sont ordonnancées par la CPS représentent en effet la majeure partie du fonds.

La nouvelle répartition des compétences telle que fixée par la délibération n°2018-53 APF du 19 juillet 2018 n'a pas remis en cause le rôle prééminent de la CPS, empêchant l'émergence d'un pôle de l'action sociale unique et complet au Pays.

Cette réorganisation en faveur du Pays, si elle devenait effective, serait selon la Chambre de nature à rationaliser le périmètre d'activité de la Caisse autour de ses missions premières et à conforter le Pays dans l'exercice de l'une de ses missions.

5.3.1.1 Le FASS du RGS

En complément des prestations développées précédemment, l'arrêté n° 2071 TLS du 18 août 1969 modifiant l'article 14 de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés, prévoit des allocations complémentaires au titre de l'action sanitaire et sociale, sous la forme de prestations en nature, et exceptionnellement en espèces. Ces prestations sont imputées sur un fonds spécial de la Caisse, dénommé « fonds d'action sanitaire sociale et familiale » (FASS) au titre du RGS.

L'article 15 de l'arrêté précité précise l'objet du fond :

- l'institution, la gestion et l'entretien des services médico-sociaux et des services sociaux de la Caisse ;
- et éventuellement :
 - l'attribution de subventions aux services chargés de l'enseignement, de la propagande et de la documentation sur l'hygiène et l'économie familiale ;
 - l'attribution de subventions ou de prêts à des institutions, établissements ou œuvres d'intérêt sanitaire ou social pour les familles des allocataires ;
 - l'acquisition, la construction, la prise à bail, l'aménagement et la gestion de tout établissement sanitaire et social pouvant être créé en faveur des familles de travailleurs ;
 - l'encouragement et l'aide à la construction et à l'amélioration de l'habitat en faveur des familles de travailleurs.

Le budget du fonds et le type de prestations pris en charge sont définis annuellement par le conseil d'administration du RGS qui doit élaborer un programme d'action sanitaire et social.

L'enveloppe prévisionnelle représente en 2020 près de 2 Mrds F CFP. Ce fonds faisant partie de la maquette budgétaire de la CPS, il est ainsi ensuite soumis à l'approbation du conseil des ministres. L'ARASS est chargée, depuis sa création en 2018, du contrôle de son exécution.

Par ailleurs, la commission FASS, émanation du conseil d'administration, assure l'évaluation qualitative et quantitative des aides octroyées par rapport aux objectifs fixés dans le cadre du programme d'action sociale. Elle s'est réunie en moyenne deux fois par an depuis 2016.

Ce fonds, qui alimente 21 dispositifs d'aide sociale gagnerait à être rationalisé. La CPS n'a pas suivi cette voie, en décidant l'ajout d'une prestation en 2020.

Tableau n° 54 : Répartition des aides inscrites au budget prévisionnel du FASS (RGS)

<i>en millions de francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2016/2020
Total FASS RGS	1772	1772	1772	1772	1972	11%
Aides sociales et familiales gérées par la DSFE (depuis le 1er janvier 2019)	200	215	194	152	177	-12%
Vestimentaires et changes	25	25	25	17	23	-8%
Alimentation	30	30	30	23	57,5	92%
Équipement ménager et technique	10	15	14	14	14	40%
Logement	20	17	15	15	10	-50%
Frais de garde	25	20	20	20	22	-12%
Formation de cadres de centre de vacances	2	2	2	2	1,5	-25%
Prise en charge des frais de demi-pension et pension	4	4	4	4	2	-50%
Frais de scolarité et voyage d'étudiants	5	5	5	3	1,5	-70%
Secours d'urgence	30	35	30	30	30	0%
Intervention diverses	12	22	9	24	15,5	29%
Subvention à diverses institutions sociales	37	40	40	0	0	-100%
Aides sanitaires gérées par la CPS	40	25	46	88	63	58%
Prothèses	30	25	30	30	5	-83%
Changes et alèses				2	2	
Secours d'urgence EVASAN	5		5	20	20	300%
Interventions diverses	5		11	36	36	620%
Aides sociales automatisées gérées par le service des prestations familiales de la CPS	1532	1532	1532	1532	1732	13%
Complément familial (CF)	735	730	725	725	725	-1%
Allocation de rentrée scolaire (ARS)	182	182	188	188	188	3%
Participation aux cantines scolaires	480	480	479	479	479	0%
Bourses de vacances	130	135	135	135	135	4%
Programmes de loisir éducatif en internat (PLEI)	5	5	5	5	5	0%
Participation aux frais de petit-déjeuner					200	

Source : ventilation au 31.08.2021

En effet, le conseil d'administration a voté la création d'une aide, à hauteur de 200 MF CFP, sous la forme d'une participation au petit-déjeuner. Si sur l'objet la Chambre ne discute pas du bien-fondé de ce dispositif, l'examen de la méthode fait apparaître une décision soudaine, prise sans aucune préparation. Les effets de cette réforme ont été ainsi nuls : aucun franc n'a été mobilisé dans le cadre de ce nouveau dispositif. L'urgence sociale, liée à la survenue de la pandémie, ne peut pas créer, à elle seule, les conditions d'efficacité de l'action sociale.

La Chambre demande aux instances, pour l'avenir, de veiller à conduire un travail préparatoire aux projets de réforme, en veillant à associer en amont la direction et les services de la Caisse.

5.3.1.2 Le FAS du RNS

Le budget du fonds d'action social du RNS représente 200 MF CFP en 2020. Ce montant prévisionnel a fortement augmenté depuis 2016 (+ 317 %). Cette progression a été alimentée principalement par la hausse de la participation aux cantines scolaires, et au nouveau dispositif « aidant Fetiï ».

Le FAS du RNS rencontre les mêmes faiblesses que celles constatées lors de l'examen du FASS RGS. La CPS assure de la même manière un suivi insuffisant. Les dispositifs, au nombre de 40, sont davantage éparpillés.

Aucun élément concernant les besoins des populations ne justifie un périmètre d'aide différent entre les régimes. La CPS est dès lors invitée à uniformiser les aides qu'elle propose dans le cadre des fonds d'action social.

Tableau n° 55 : Répartition des aides inscrites au budget prévisionnel du FAS (RNS)

<i>en millions de francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2016/2020
TOTAL FAS RNS	48	58,6	160,67	163,1	200	317%
A - PRESTATIONS EN NATURE	18,8	20,02	28,47	25,6	73,48	291%
1 – Aide de première nécessité	3,115	6,9	6,8	5,9	7,25	133%
Aides alimentaires	1,965	4,7	4,7	4	5	154%
Aides vestimentaires divers	0,4	0,8	0,8	0,7	0,6	50%
Aides vestimentaires EVASAN	0,25	0,3	0,25	0,25	0,55	120%
Aides en produit d'hygiène et d'entretien	0,5	1	1,1	1	1,1	120%
2 - Santé	0,45	0,16	0,45	1,3	1,5	233%
Pharmaceutique	0,1	0,02	0,1	0,1	0,1	0%
Alèses et couches	0,05	0	0,05	0,1	0,1	100%
Prothèses	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	150%
Auxiliaires médicaux	0,1	0,08	0,1	0,9	0,3	200%
Soutien aux familles en difficulté - ASF EVASAN -					0,5	
3 – Habitat et logement	0,7	1,38	2,6	1,8	1,94	177%
Loyers	0,3	0,5	0,7	0,4	0,34	13%
Equipements ménager Ou mobilier ou literie	0,35	0,85	0,8	0,6	0,65	86%
Aides en métaux de construction		0,03			0,18	
Energie	0,05	0,05	0,1	0,07	0,07	40%
Aide à l'amélioration des conditions d'habitat			1	0,7	0,7	
4 - Aides à l'épanouissement de l'enfant	10,19	10,69	14,4	11,8	16,42	61%
Crèches garderies	2,5	3,64	4,2	4,2	4,2	68%
Foyers	1,2	0	0,7	0,3	0	-100%
Nounou		0	0	0	0	
Bourses de vacances	6	7	9	7	12	100%
Divers frais de scolarité	0,1	0,02	0,1	0,05	0,05	-50%
Cantines scolaires	0,04	0	0,04	0,04	0,04	0%
Fournitures scolaires	0,05	0,02	0,05	0,03	0,03	-40%
Séjours linguistiques	0,2	0	0,2	0,1	0	-100%
Activités périscolaires	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0%
5 - Autres aides aux familles	1,12	0,69	1,52	1,6	0,37	-67%
Frais de transport interîles	0,12	0,06	0,12	0,12	0,12	0%
Frais de transport hors polynésie	0	0,29	0,3	0,02	0,2	
Frais de transport en commun	0	0	0,05	0,05	0,05	
Aides en matériaux de construction	0,3	0	0,2	0,1		-100%
Aides à l'insertion	0,4	0,04	0,3	0,3	0,2	-50%
Bourses de formation animateurs	0,2	0,2	0,25	0,35	0,3	50%
Aides diverses	0,1	0,08	0,3	0,55	0,5	400%
6 - Protection des publics vulnérables	3,22	0,2	2,7	3	46	1329%
Hébergement personnes âgées (Fare matahiapo)	0,57	0,09	0,5	0,2	0	-100%
Tierces personnes	2,45	0,1	2	1,7	5	104%
Aidant Familial				1	0	
Aidant fetii			0,2	0,1	40	
Placement Adultes handicapés	0,2	0,2			0	-100%
Placement personnes âgées					1	
B - PRESTATIONS EN ESPECES	1,2	0,3	1,2	2,3	1,5	25%
Soutien aux familles en difficulté	1,2	0,3	1,2	2,3	1,5	25%
C - PARTICIPATION AUX CANTINES SCOLAIRES (gérées par la CSP)	26	37	69	89,5	123	373%
D - AIDES EXCEPTIONNELLES ET ACTIONS COLLECTIVES	2	1,3	62	45,7	1,1	-45%
Aides exceptionnelles	2	1,3	1,5	1,1	1,1	-45%
Actions collectives		0	0,5	0,1	0	
Aides exceptionnelles aux enfants scolarisés			60	44,5		

Source CPS : ventilation au 31 août 2021

5.3.1.3 Le FAS RSPF

Le FAS géré par le RSPF représente en moyenne sur la période un budget annuel de 2,3 Mrds F CFP. Les interventions les plus importantes concernent les aides dites extra légales. Le budget annuel moyen a atteint au cours de la période 760 MF CFP, réparti entre la participation aux cantines scolaires et des aides exceptionnelles aux enfants scolarisés. Les aides de première nécessité se situent entre 150 et 200 MF CFP chaque année, hormis l'année 2020, pour laquelle le budget a été voté à hauteur de 540 MF CFP.

Tableau n° 56 : Répartition des aides inscrites au budget prévisionnel du FAS (RSPF) –partie 1

<i>en millions de francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2016/2020
TOTAL FAS RSPF	2622,8	2117,3	2054,5	2252,5	2489	-5%
A - PRESTATIONS EN NATURE	1511,8	1501,3	1549,7	1436,5	1621	7%
1 – Aide de première nécessité	265	210	253	304	682	157%
Aides alimentaires	193	150	178	230	540	180%
Aides vestimentaires divers	25	17	17	17	17	-32%
Aides vestimentaires EVASAN	7	8	8			-100%
Aides en produit d'hygiène et d'entretien	40	35	50	57	125	213%
2 – Habitat et logement	13	27	32	48,2	48	269%
Loyers	8	6	6	9,2	11	38%
Equipements ménager Ou mobilier ou literie	3	9	20	30	30	900%
Aides en métaux de construction				2	2	
Energie	2	1	1	2	2	0%
Aide à l'amélioration des conditions d'habitat		11	5	5	3	
3 - Aides à l'épanouissement de l'enfant	192,8	191,8	188,8	167,5	132,7	-31%
Crèches garderies	50	40	40	40	40	-20%
Foyers	4,5	7,5	7,5	7	6	33%
Nounou	1,3	1	1	0,3	0,3	-77%
Bourses de vacances	130	135	135	113,3	80	-38%
Divers frais de scolarité	0	0,6	0,6	2,3	2,3	
Cantines scolaires	0	0,6	0,6	0,3	0,3	
Fournitures scolaires	0	0,6	0,6	0,3	0,5	
Séjours linguistiques	2	1,5	1,5	0	0,3	-85%
Activités périscolaires	5	5	2	4	3	-40%
4 - Autres aides aux familles	26,2	21,5	24,3	80,8	44,5	70%
Frais de transport interiles	5,2	4	4,5	4,5	8	54%
Frais de transport hors polynésie	2,8	2	2	1	1	-64%
Frais de transport en commun	1	0,5	0,8	60,8	2	100%
Aides en matériaux de construction	2	2	2		20	900%
Aides à l'insertion	9,2	5	5	5	5	-46%
Bourses de formation animateurs	4	5	5	3	2	-50%
Aides diverses	2	3	5	6,5	6,5	225%
5 - Prestations en espèces	56	37	16	8	10	-82%
Soutien aux familles en difficulté	50	31	10	8	10	-80%
Prestations en espèces (RPSMR)	6	6	6			-100%
6 - Protection des publics vulnérables	391,8	435	399	512	558,8	43%
Placement enfants en famille Tiers ou fetii	125	126	120	105	109,4	-12%
Accueillants familiaux (enfants et adultes)	105,8	126	120	115	120	13%
Placement personnes âgées	20	10	10	26,5	26,5	33%
Hébergement personnes âgées (Fare matahiapo)	5	5	5	3	2,9	-42%
Tierces personnes	60	108	67	72,5	65	8%
Aidant Familial	76			0	0	-100%
Aidant fetii				118	130	
Placement Adultes handicapés		60	77	72	105	
7 - Programme d'action sociale	145	165	280,3	291	85	-41%
Insertion des familles	34	54	112,5	129,561	64	88%
Insertion des jeunes	65	63	107,4	96,319	10,5	-84%
Insertion des personnes âgées	4	5	10,2	7,105	0	-100%
Insertion des personnes handicapées	24	27	31	37,59	10,5	-56%
Développement social local	18	16	19	20,425	0	-100%
8 - Aides exceptionnelles et actions collectives	422	414	356,3	25	60	-86%
Aides exceptionnelles	50,4	50	44,2	15	50	-1%
Actions collectives	2,8	4	4	10	10	257%
Aides exceptionnelles aux enfants scolarisés	368,8	360	308,1			-100%

Source CPS : ventilation au 31 août 2021

La FAS du RSPF couvre 51 dispositifs différents. **Comme précédemment, la CPS, dans le cadre d'une approche globale, est invitée à rationaliser sa politique d'intervention, dans l'attente d'une réforme à porter par le Pays en vue de recentrer l'action sanitaire et sociale dans son périmètre.**

Tableau n° 57 : Répartition des aides inscrites au budget prévisionnel du FAS (RSPF) –partie 2

<i>en millions de francs CFP</i>	2016	2017	2018	2019	2020	variation 2016/2020
B - Aides sanitaires	37	16	17	28	28	-24%
Pharmaceutiques	6	2	2	1,2	1	-83%
Alèses et couches	7	2	2	3,8	5	-29%
Prothèses	20	8	8	9,5	8	-60%
Auxiliaires médicaux	4	4	5	3,5	3	-25%
Aides vestimentaires EVASAN				8	8	
Soutien aux familles en difficultés ASF EVASAN				2	3	
C - Aides extra légales	1074	600	487,8	788	840	-22%
Participation aux cantines scolaires (85/95 F et complément)	1074	600	487,8	490	530	-51%
Aide exceptionnelle aux enfants scolarisés				298	310	

Source : ventilation au 31 août 2021

5.3.2 Le soutien aux établissements socio-éducatifs

Vingt-deux établissements sont soutenus financièrement par la CPS au vu de ses statistiques. Huit accueillent exclusivement des enfants. 1,2 Mrd F CFP a été attribué au total en 2020, financé par le RSPF. La Caisse a été en mesure de communiquer seulement la maquette budgétaire prévisionnelle 2020.

Pour deux établissements, le Bon Pasteur et la Pouponnière Te Aho o te Here, elle n'a pas été en mesure d'affirmer avec certitude quels sont les publics bénéficiaires.

L'ordonnancement relève du service en charge des affaires sociales de la Polynésie française (DSFE), et le paiement est liquidé par la Caisse.

A l'identique du soutien aux établissements d'accueil des personnes handicapées, les dépenses réalisées ont été transmises par la DSFE dans une autre table, et non pas par la CPS, qui en assure pourtant le paiement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En Polynésie française, coexistent les prestations familiales octroyées par la CPS, et des aides accordées par les services du Pays. Dans le second cas, certaines aides font l'objet d'un circuit de décision, de gestion et de paiement tripartite (comité de gestion du RSPF, Pays et agent comptable de la Caisse). Cette répartition est source de complexité dans le suivi, qui se manifeste notamment par la difficulté pour la CPS de communiquer des données pourtant essentielles comme le nombre de bénéficiaires ou bien les montants effectivement versés. La réforme conduite par le Pays en 2018 qui entendait confier à l'une de ses directions de régler les dépenses des fonds d'action sociale est un trompe l'œil, la Caisse ayant conservé 90 % des montants payés.

Pour répondre à l'objectif de recentrer le cœur de métier de la Caisse, la Chambre estime qu'il pourrait être de meilleure gestion que cet ensemble de prestations sociales soient assurées en totalité par la collectivité de la Polynésie française. Sur cet aspect, la réforme pourrait utilement rationaliser les dispositifs. A ce jour, chaque régime assure la gestion d'un fonds d'action sociale propre, qui recouvrent au total à eux trois 151 dispositifs différents.

ANNEXES

Annexe n° 1. Réponse de M. Vincent FABRE, Directeur de la CPS	188
Annexe n° 2. Réponse de M. Vincent DUPONT, Ancien directeur de la CPS	189

Annexe n° 1. Réponse de M. Vincent FABRE, Directeur de la CPS



**CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**
Te Fare Tururuta'a

Le Directeur,

N/REF : CS-DI-22-000008
Papeete, le 22 avril 2022

Lettre recommandée avec accusé de réception

**Chambre Territoriale des Comptes
Monsieur Jean-Luc LE MERCIER
Conseiller référendaire à la Cour des Comptes**

Polynésie française
Rue Edouard Ahnne – Immeuble UUPA
BP 331 – 98713 PAPEETE
Polynesiefraancaiseccrta.coomptes.fr

Objet : Réponse au rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la Caisse de prévoyance sociale au titre de l'ensemble des prestations apportées.

Réf. : - V / courrier 2022-108 du 12 avril 2022
- N / courrier CS-DI-22-000007 du 09 février 2022.

Monsieur le Conseiller référendaire,

Je vous remercie d'avoir pris en compte dans le rapport d'observations définitives reçu le 12 avril 2022, l'essentiel des réponses de la CPS communiquées par courriers du 09 février 2022 à la suite de la notification du rapport d'observations provisoires du 16 décembre 2021.

Après lecture du rapport d'observations définitives, je n'ai pas d'autres réponses à apporter. Je reste donc dans l'attente de la levée de son caractère confidentiel avant de l'inscrire à l'ordre du jour d'un prochain conseil d'administration de la CPS.

Je vous prie de croire Monsieur le Conseiller référendaire, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur


Vincent FABRE


Annexe n° 2. Réponse de M. Vincent DUPONT, Ancien directeur de la CPS



Le Directeur,



**CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE
DE LA POLYNESIE FRANCAISE**

Te Fare Turuata'a

N/REF : CS-DI-22-000008
Papeete, le 22 avril 2022

Lettre recommandée avec accusé de réception

**Chambre Territoriale des Comptes
Monsieur Jean-Luc LE MERCIER
Conseiller référendaire à la Cour des Comptes**

Polynésie française
Rue Edouard Ahnne – immeuble UUPA
BP 331 – 98713 PAPEETE
Polynesiefrancalsecrtc.ccomptes.fr

Objet : Réponse au rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la Caisse de prévoyance sociale au titre de l'ensemble des prestations apportées.

Réf. : - V / courrier 2022-111 du 12 avril 2022
- N / courrier CS-DI-22-000008 du 10 février 2022.

Monsieur le Conseiller référendaire,

Je vous remercie d'avoir pris en compte dans le rapport d'observations définitives reçu le 12 avril 2022, l'essentiel des réponses de la CPS au rapport d'observations provisoires du 16 décembre 2021 qui vous ont été communiquées par courrier du Directeur général du 09 février 2022 et auxquelles, je souscrivais par courrier du 10 février 2022.

Après lecture du rapport d'observations définitives, je n'ai pas d'autres réponses à apporter.

Je vous prie de croire Monsieur le Conseiller référendaire, en l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur adjoint

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

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

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française

BP 331 - 98713 PAPEETE TAHITI

Téléphone : 40 50 97 10

Télécopie : 40 50 97 19

polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr