

LA POLYNESIE FRANCAISE FACE A LA NECESSAIRE MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

*Antoine Leca**

Le système de santé de la Polynésie française connaît une crise financière sans réel précédent. Le déficit de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) apparu pour la première fois en 2007, a atteint aujourd'hui de telles proportions que des mesures d'urgence sont maintenant nécessaires pour y remédier. Si l'augmentation du montant des cotisations des fonctionnaires est un des éléments de la problématique, la détermination de la part contributive du secteur privé polynésien doit aussi être revue. De plus, si un changement des comportements de la population polynésienne en matière de dépenses de santé doit s'opérer, l'augmentation de la pression fiscale est une obligation à laquelle les dirigeants de cette communauté d'outre-mer devront rapidement se résoudre.

French Polynesia health services are now confronted with serious financing problems. The Health Service (CPS) deficit, which first occurred in 2007, is currently turning into a worrisome "gaping hole," and a quick answer has to be found. Civil servants' contributions appear essential. Moreover, private companies' contributions should also be increased. Taking action solely through contributions, however, cannot be enough to solve the problem.

French Polynesia needs to find new financing methods, such as taxes. At the same time, consumers must be encouraged to behave responsibly. Failing that, benefits will inevitably be reduced.

La Sécurité Sociale française a été constituée en 1945 sur le modèle dit «bismarckien», conçu pour le monde du travail: le risque maladie y est financé par des cotisations des employeurs et des employés proportionnelles aux salaires et géré par des organismes de droit privé, pivotés par les représentants des patrons et les syndicats de travailleurs. Les spécialistes opposent ce système au type «beveridgien», visant à assurer la sécurité sociale à tous, dans lequel les soins sont financés par l'impôt et gérés par l'État. Le problème de la France est qu'elle a voulu

* Professeur agrégé de Droit, Directeur du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (EA3242), Chargé de cours à l'Université de la Polynésie française. Cet article est l'actualisation d'une contribution parue dans les Mélanges en l'honneur de P. de Deckker (*Mondes océaniques*, L'Harmattan, Paris, 2010), à la veille du changement gouvernemental de décembre 2009, qui a entraîné le retrait du plan de réforme conçu par Mme Armelle Merceron.

«réaliser les objectifs de Beveridge en utilisant les moyens de Bismarck»¹: offrir une sécurité sociale à tous, inactifs compris, en conservant un mode de financement centré sur des cotisations, nécessairement insuffisantes. Il en a résulté un déficit chronique. Le fameux «trou de la sécu» a aujourd'hui vingt-cinq ans d'âge². Certes le trou budgétaire est une tradition française ancienne³ et solide. Et aujourd'hui, les déficits font tellement partie de notre environnement, qu'on peut se demander s'ils ne sont pas entrés en quelque sorte dans l'ordre de notre normalité. En 2005 un hebdomadaire fort sérieux estimait d'ailleurs qu'il n'y avait pas de «trou de la sécu» et que c'était seulement une mise en scène⁴.

Partisan du matérialisme arithmétique, on ne s'engagera pas, ici, dans cette voie. Pour qui veut bien comparer les recettes et les dépenses de l'assurance-maladie, il est clair que le déficit existe, qu'il a été multiplié par cent en moins de vingt ans: 2,3 milliards de francs lorsque Mme Simone Veil quitta une première fois le ministère de la Santé en 1977, 240 milliards lors de son départ définitif en 1995⁵; le déficit du régime général a dépassé la barre des vingt milliards d'euros en 2009, dont près de dix milliards pour la seule branche maladie, soit deux fois plus qu'en 2008, sans même la certitude que le niveau des soins se soit amélioré dans l'intervalle⁶.

La *Caisse de prévoyance sociale* de la Polynésie, qui est un greffon de la Sécurité Sociale française né en 1956 (I), a longtemps grandi sans susciter de telles inquiétudes. Mais aujourd'hui elle est elle-même confrontée à un déficit qui est

-
- 1 R Lafore «La CMU un nouvel îlot dans l'archipel de l'assurance maladie» *Droit social*, janvier 2000, n° 1, p 10-11.
 - 2 La formule ne s'est répandue qu'à compter de la campagne électorale lancée en 1985, dans la perspective des Législatives de mars 1986, remportées par l'opposition de droite... mais les déficits ne sont pas apparus à cette date. En réalité, le premier «trou» s'est ouvert dès 1950, mais, après plusieurs exercices déficitaires, l'équilibre a été restauré en 1956 (www.fnic.cgt.fr/fichier.php?id=307).
 - 3 A Leca *Institutions françaises (avant 1789)*, Librairie de l'Université-PUAM, Aix, 2° éd, 1996, p 485-486 sur les déficits budgétaires chroniques dans les années... 1780!
 - 4 F Silvan «"Trou de la Sécu": une histoire de mises en scène» *Le Moniteur des Pharmacies*, n° 2597, 1^{er} octobre 2005, p 22.
 - 5 A Leca «Génériques, TFR et remboursements ou comment arracher un milliard d'économies "avec les dents"», Communication au colloque de Toulon des 18-19 novembre 2005, publiée dans A Leca et G Rebecq (dir) *La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Colloque «Droit, Histoire, Médecine et Pharmacie», PUAM, Aix, 2006.
 - 6 Notre collègue Brigitte Dormont a publié une étude intéressante où elle s'efforce de démontrer que la hausse historique des dépenses de santé aurait généré des progrès en santé (*Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire?* Éd Rue d'Ulm, Collection du Centre pour la recherche économique et ses applications, www.cepremap.ens.fr). Elle mérite l'examen à défaut d'emporter complètement la conviction.

apparu en 2007 et prend actuellement les dimensions d'un «trou» inquiétant (II), qui nécessite de trouver un nouveau souffle (III).

I LE SYSTEME POLYNESIEN DE SECURITE SOCIALE: UN GREFFON TARDIF DU SYSTEME METROPOLITAIN, ISSU DES ARRETES DU 28 SEPTEMBRE 1956

En raison du vieux principe de la spécialité législative, aucun texte relatif à la santé publique et à la sécurité sociale métropolitaine n'a été rendu applicable dans les colonies, puis les territoires français du Pacifique.

En Nouvelle-Calédonie, dont la vocation était d'être une colonie de peuplement, le noyau initial du système de santé s'est constitué dans la foulée de la conquête. Dès 1854, débuta la construction du Fort Constantine dans lequel fut installé six ans plus tard l'hôpital maritime, devenu en 1898 l'Hôpital colonial, dont la gestion fut confiée au directeur du service de santé. Le développement d'un secteur libéral ne s'amorça que très lentement à compter du début du XX^e siècle. Du fait de l'exploitation du nickel, la CAFAT⁷ a été fondée dès 1943, mais le régime de prévoyance, institué uniquement au profit des travailleurs salariés, pour regrouper les assurances maladie, chirurgie, invalidité et décès, n'est pas antérieur à 1961. L'assurance maternité a, quant à elle, été mise en place en 1976, prenant en charge les frais d'accouchement au taux initial de 70%. Il a été ensuite élaboré, à partir de 1978, un régime d'aide médicale gratuite qui relève des provinces. Finalement, la généralisation de la sécurité sociale a été opérée par la loi du pays du 11 janvier 2002⁸.

En Polynésie française, malgré la création de l'hôpital Vaiami, édifié dans un camp militaire à l'occasion de la guerre franco-tahitienne (1843), le noyau du système de santé est plus tardif et il est resté plus longtemps parfaitement embryonnaire. En 1880, l'unique hôpital était «une grande case de bois, fort vermoulue»⁹ avec à peine deux médecins de la marine. En 1920, après que la grippe espagnole eut décimé plus de 20% de la population, on recensait seulement quatre médecins publics, deux médecins libéraux et quatre infirmiers. En 1939, les professionnels de santé n'étaient encore que neuf au total. C'est l'augmentation du

7 Anciennement: Caisse d'Allocation Familiale et des Accidents du Travail. Aujourd'hui: Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie et dépendances.

8 A Leca «La Nouvelle-Calédonie, face à la nécessaire maîtrise des dépenses de santé», Conférence organisée par le club «Ouverture citoyenne» à Nouméa le 1^{er} octobre 2009. Publication intégrale dans la *Revue juridique et économique de la Nouvelle-Calédonie*, n° 15. Résumé dans le *Bulletin de l'Association médicale de la Nouvelle-Calédonie*.

9 D^r Sicard «Étude sur les maladies des Européens à Tahiti en 1880», *BSEO*, n° 225, p 1433.

nombre d'infirmiers et de sages-femmes qui a surtout contribué à la promotion de la santé publique dans les îles. On dénombrait dix-neuf infirmiers en 1960. Le nombre de lits hospitaliers a pour sa part augmenté de 60 en 1935 à 450 (répartis sur quatre îles) à la fin des années 50. Le système de protection sociale a été organisé à cette époque, à partir de textes qui lui sont propres¹⁰. L'élément déclenchant a été l'exploitation des phosphates à Makatea¹¹: en effet, il a fallu protéger ces travailleurs, venus de l'extérieur, contre les risques sociaux de toute nature¹².

En vertu de la loi n° 56-619 du 23 juin 1956¹³ autorisant le gouvernement à mettre en œuvre les réformes et à prendre des mesures propres à assurer l'évolution des territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer, les assurances sociales ont localement été aménagées par voie réglementaire. Les textes fondateurs, conçus par l'inspection du travail et signés par le gouverneur des Établissements français de l'Océanie, ont été l'arrêté n° 1336/IT en date du 28 septembre 1956¹⁴, qui a permis la création de la Caisse de Compensation des Prestations Familiales des EFO, et, à la même date, l'arrêté n° 1335/IT mettant en œuvre le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs salariés¹⁵.

La CCPF, ancêtre de l'actuelle CPS, était, comme elle, un organisme de droit privé, établi conformément aux dispositions de la loi du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels, assumant une mission de service public, géré par les partenaires sociaux mais placé sous la tutelle du gouverneur (aujourd'hui pour la CPS: le gouvernement de la Polynésie française). Le système de protection sociale

10 Cf Solange Drollet «Le système polynésien de sécurité sociale», *Presses universitaires d'Aix-Marseille*, Aix-en-Provence, 1996, dont un résumé (actualisé) a paru dans l'ouvrage dirigé par Th Michalon, *Entre assimilation et émancipation l'outre-mer français dans l'impasse, Les Perséides*, Rennes, 2006, sous l'intitulé «La protection sociale en Polynésie française: du modèle métropolitain au système polynésien». Voir dernièrement: T Drollet *Le système de protection sociale en Polynésie française*, Rapport de recherche pour le Master 1 Droit privé et Science criminelle et Justice (sous la dir d'A Leca), UPF, Papeete, 2008.

11 Pour une présentation historique, cf C Husni *Le conflit de droits entre le système coutumier 'maohi' et le modèle foncier français sur l'île de Makatea à partir de 1907*, Mémoire pour le Master 2 Histoire des institutions et des idées politiques (sous la dir d'A Leca) UPCAM, Aix, 2008.

12 L'exploitation, assurée par la Compagnie Française des Phosphates de l'Océanie, a duré de 1907 à l'extinction du gisement en 1966.

13 Loi cadre dite Defferre.

14 Arrêté n° 1336/IT du 28 septembre 1956 portant organisation de la caisse de compensation des prestations familiales des Établissements français de l'Océanie (*JOEFO*, 25 octobre 1956).

15 Arrêté n° 1335/IT du 28 septembre 1956 portant institution du régime de prestations familiales au profit des salariés.

a été complété par des textes ultérieurs: le décret n° 57-245 du 24 février 1957¹⁶ relatif aux accidents professionnels des salariés, la délibération du 24 août 1967 concernant l'assurance vieillesse, la délibération n° 74-11 AT du 25 janvier 1974 créant une assurance volontaire pour les salariés. On aurait pu imaginer de créer plusieurs caisses, comme en Métropole. Mais le bon sens a prévalu: la gestion des risques nouveaux a été attribuée au seul organisme existant qui, depuis 1968, porte son nom contemporain de Caisse de Prévoyance sociale¹⁷. La CPS est à elle seule l'équivalent local des URSSAF de l'ACOSS, des caisses nationales, régionales et primaires d'assurance maladie de Métropole. Cette époque a été celle de la création du CEP (Centre d'expérimentation du Pacifique) installé sur le Territoire en 1963: en quelques années, le nombre de salariés déclarés à la CPS est passé du simple au triple!

Une autre délibération du 14 février 1974¹⁸ a rendu obligatoire l'assurance maladie et l'assurance invalidité des travailleurs salariés. Cette obligation a été suivie pour l'assurance volontaire par la délibération du 7 octobre 1976.

La délibération n° 87-11/AT du 29 janvier 1987 a institué un régime de retraite des travailleurs salariés de la Polynésie française et à leurs ayants droit. Leur pension de retraite «à taux plein» est de 70% du salaire de référence pour trente-cinq années de cotisations, la condition pour bénéficier de cette pension de retraite à 70% étant d'être âgé de soixante ans.

Entre temps, par une délibération du 15 avril 1979, un second régime a été créé. Il s'agit du régime de protection sociale en milieu rural (RPSMR). Il concerne essentiellement les agriculteurs, les pêcheurs, les artisans et regroupe les prestations familiales, les prestations de retraite, d'assurance maladie et d'accident de travail.

Enfin, le système a été généralisé avec 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. Quelque 80% des bénéficiaires du RPSMR ont été rattachés au régime de solidarité territoriale. Le reste s'est retrouvé soumis au régime des non-salariés ou en qualité d'ayant droit au régime général des salariés.

Dans l'intervalle, les dépenses de santé ont connu une très forte hausse, puisqu'elles ont plus que doublé entre 1988 et 1995:

16 JOEFO 31 août 1957.

17 <www.cps.pf/index.cfm?page=article&id=792>.

18 Délibération n° 74-22/AT du 14 février 1974, publication au *JOPF* le 30 avril 1974.

EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE A LA CHARGE DES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE TERRITORIAUX (EN MILLIONS DE FCFP)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Prestation en espèces	1 271	1 320	1 399	1 662	1 763	1 786	1 816	1 972
Hospitalisation	2 625	3 227	3 477	4 268	4 537	4 772	4 764	5 367
Frais médicaux	1 271	1 450	1 589	1 939	2 245	2 358	2 602	2 765
Pharmacies	334	418	471	616	778	845	934	1 031
Analyses	231	284	329	408	466	521	532	575
soins dentaires	166	181	187	196	203	201	218	207
Déplacements	132	138	195	190	230	244	244	275
autres	104	121	132	142	186	209	261	292
total	4 863	5 819	6 380	7 759	8 645	9 150	9 555	10 512

(Source: CPS – Agent comptable)

Le phénomène est d'autant plus remarquable qu'il n'existait pas à cette époque de conventionnement entre la CPS et les professionnels (d'où un remboursement des actes sur la base des tarifs d'autorité, très différents des tarifs pratiqués par les professionnels de santé¹⁹) ni donc de tiers payant.

Ceci a changé en 1995 avec la signature de la première convention médicale, qui a introduit un remboursement au taux de 80% du tarif conventionnel (aligné sur les tarifs pratiqués par les professionnels) et le tiers payant avec prise en charge longue maladie-grossesse à 100%, permettant aux patients de consulter directement dans le secteur privé sans avance de frais²⁰. Il en a résulté qu'une part de plus en plus importante de la population, qui jusqu'alors ne pouvait accéder qu'aux structures publiques gratuites, s'est orientée vers le secteur libéral. Et l'augmentation de la demande a entraîné une augmentation de l'offre: en effet le

19 Une consultation médicale était remboursée à hauteur de 2 200 Fcfp au lieu de 2 800 Fcfp acquittés par le patient (B Hapai *L'installation des médecins en Polynésie française*, Rapport de recherche pour le Master 1 Droit privé et Science criminelle et Justice (sous la dir d'A Leca), UPF, Papeete, 2008, p 24).

20 Sur la base de 2 800 Fcfp la consultation, la charge à supporter par le patient est passée de 1 040 à 560 Fcfp (ibid, p 25).

nombre de professionnels libéraux a connu une croissance d'environ 50% en dix ans:

*EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNELS DE SANTE PRIVES
(EXERCANT EN LIBERAL)*

Secteur Privé	1993	1996	2000	2003
Médecins	166	192	200	209
Dentistes	55	66	75	70
Infirmiers	83	85	100	104
Masseurs kinésithérapeutes		67	92	95
Sage femmes				17
orthophonistes		17	22	28
Total	304	427	484	523 ²¹

Puis c'est l'augmentation de l'offre, qui semble avoir entraîné une augmentation de la demande, dans la mesure où les dépenses de santé se sont envolées.

On peut quantifier le phénomène de deux manières. En volume d'abord, si on considère les chiffres bruts, en millions de Fcfp:

	CHT	Médecins conventionnés	Autres prof. santé	Cliniques	Public	Associations Centres	Hors territoire	Total
1996	7 150	2 597	4 717	1 660	1 684	94	1 676	2 1578
1997	7 235	3 163	5 969	2 543	2 626	121	2 118	2 3787
1998	8 154	3 379	3 826	2 503	2 174	242	2 166	2 5442²²

Sources CPS (Pôle Analyse et Développement)

On retiendra notamment que la consommation de soins et de biens médicaux a crû de 15,6% en 1996, pour se stabiliser à un niveau de 8,7% en 1997 et 7,2% en 1998²³.

Si on compare ce taux de progression avec celui du produit intérieur brut, on relèvera que les dépenses de santé, qui représentaient 5,1% du PIB. en 1995, ont représenté 5,8% en 1996, 6,2% en 1997 et 6,3% en 1998²⁴.

21 Ibid, p 25.

22 Ibid, p 25.

23 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): Évolution des dépenses de santé par rapport au PIB.

24 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): Indicateur d'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB.

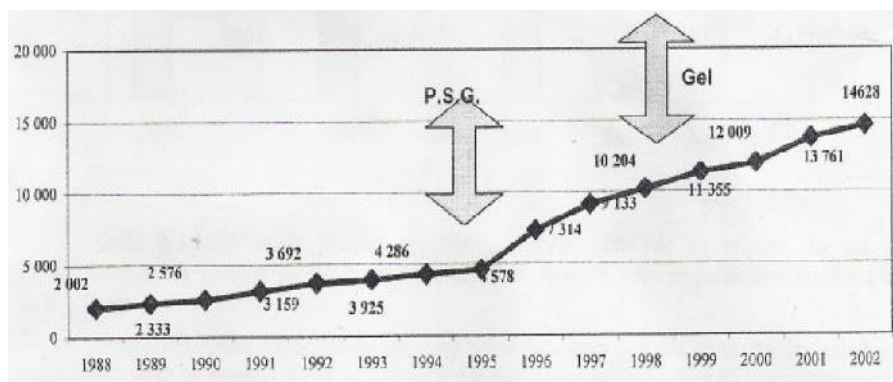
Pour tenter de maîtriser cette évolution, et sur l'insistance pressante des professionnels (syndicat et conseil de l'Ordre), l'Assemblée de la Polynésie française a adopté en 1998 un certain nombre de mesures dont la plus importante fut incontestablement l'instauration d'un «gel» des conventionnements de certaines professions de santé libérales: médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et dentistes. Cette dernière profession n'ayant pas de convention avec la CPS, le «gel» a été inopérant jusqu'en 2002.

	CHT	Médecins Convent- ionnés	Autres prof. santé	Cliniques	Public	Associations Centres	Hors territoire	Total Prescrip- tions
1999	9 009	3 617	7 739	2 778	2 159	32 9327	2 075	27 703
2000	9 348	3 706	8 303	2 929	2 176	466	2 132	29 059
2001	9 988	4 252	9 509	3 061	2 266	479	2 442	31 997
2002	10 724	4 443	10 185	3 214	2 226	546	2 430	33 767 ²⁵

Source CPS (Pôle Analyse et Développement)

Certes, la courbe représentant l'enveloppe «Professionnels de santé libéraux» n'en a pas moins poursuivi sa progression:

PROGRESSION DE L'ENVELOPPE «PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX»²⁶



25 B Hapai *L'installation des médecins en Polynésie française* op cit, p 26.

26 Ibid, p 26.

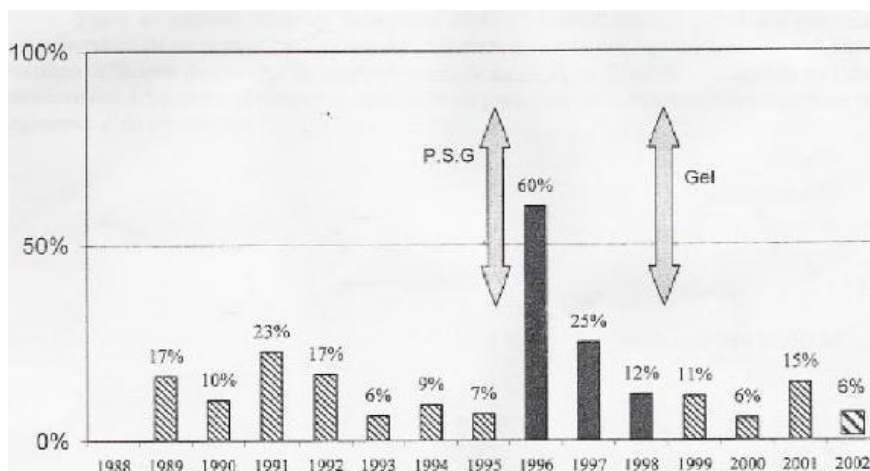
Et bien-sûr, la part des dépenses de santé dans le PIB a continué à croître: 6,6% en 1999, 6,5% en 2000, 7% en 2001 et 7% à nouveau en 2002²⁷.

Mais, si l'on ramène les montants bruts à des pourcentages, on observera que la progression s'est ralentie au point de passer à 11% en 1999 et à 6% en 2000. La consommation globale de soins et de biens médicaux n'a plus augmenté que de 9,3% en 1999 et 4,9% en 2000²⁸.

Un «incident» administratif début 2001, a introduit une «fenêtre» de deux jours pendant laquelle une vingtaine de professionnels de santé ont pu bénéficier d'un conventionnement.

La progression de l'enveloppe est alors passée de 6 à 15% en 2001 (et la consommation de soins et de biens médicaux de 4,9 à 9,6%²⁹).

EVOLUTION ANNUELLE DES DEPENSES DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX³⁰



Le poste libéral a augmenté près de deux fois plus vite que les dépenses totales (+ 88% contre 48% en 5 ans). Alors que les dépenses opérées chez les praticiens

27 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): Indicateur d'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB.

28 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): Évolution des dépenses de santé par rapport au PIB.

29 Ibid.

30 B Hapai, *B L'installation des médecins en Polynésie française* op cit, p 27.

privés équivalaient à celle du CHT en 1996, elles les dépassent maintenant de 36% et sa part dans les dépenses de santé est passée de 34 à 43% entre 1996 et 2002.

Depuis le statut d'autonomie de 2004, toute prestation sociale nouvelle offerte aux ressortissants de la CPS, non prévue par les textes réglementaires en vigueur, doit faire l'objet d'une loi de Pays adoptée par l'Assemblée de la Polynésie française.

Enfin, à compter de la loi organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007 la Polynésie française est compétente dans le domaine de la santé.

En d'autres termes, le Pays a hérité d'un système pré-constitué qui est à la fois très avantageux... et formidablement coûteux.

D'abord, il faut bien admettre que le régime tel qu'il existe aujourd'hui est objectivement très avantageux pour ses bénéficiaires.

Les prestations d'assurance maladie par exemple reflètent une meilleure prise en charge qu'en Métropole ou en Nouvelle-Calédonie, puisque que le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques est à 80% et il est porté à 100% pour les assurés en longue maladie³¹, en matière d'hospitalisation ou d'évacuations sanitaires³²/ÉVASAN, vers la France ou la Nouvelle-Zélande³³. D'ailleurs le fonctionnaire «zoreille», affilié à la Sécurité Sociale métropolitaine ne bénéficie pas de la prise en charge de l'hébergement lorsqu'il est «évasané»³⁴. À la différence de la solution prévalant en Métropole, le paiement des indemnités journalières est versé du premier au troisième jour par l'employeur et couvre l'intégralité du salaire. À partir du quatrième jour de maladie, le paiement de ces indemnités est de 75% à 90% du salaire de référence.

Les ressources de la CPS sont assurées essentiellement par les cotisations et accessoirement par le produit des centimes additionnels sur les impôts, taxes et

31 Le nombre de patients en longue maladie a doublé entre 1998 et 2008. Il comptait au 1^{er} janvier 2009 quelque 30 600 personnes, soit 11,8% de la population couverte par la CPS (Sources CPS/Pôle Analyse et Développement).

32 Selon la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 «l'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française constitue une offre de soins proposée au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables dans le Pays par manque d'infrastructure, de service et/ou de moyens adaptés à sa pathologie». Il s'agit essentiellement des radiothérapies pour le cancer, la prise en charge des grands brûlés, la chirurgie cardiaque et neurologique ainsi que certaines greffes.

33 En pratique, 80% des évacuations sont effectuées vers la France et 20% vers la Nouvelle-Zélande.

34 Entretien avec A Leontieff, «Évolution et perspectives du système de retraite des salariés», <www.cps.pf/rubriques/axe_retraite/index.cfm?page=zoom40ans>.

contributions perçues en Polynésie française et délibérés par l'assemblée de la Polynésie française.

Une dizaine d'années après la réforme de 1994, les comptes de la CPS ont commencé à se dégrader. Et la Polynésie a commencé à découvrir le coût de son système.

II UN SYSTEME DE SECURITE SOCIALE DESORMAIS A BOUT DE SOUFFLE (2007-2009)

La part de la consommation de soins et de biens médicaux par rapport au PIB a continué à croître après la «pause» de 2001-2003 (7%): + 7,2% en 2004, + 7,6% en 2005, + 8% en 2006³⁵... À titre d'exemple, le montant des remboursements payés par la CPS aux officines de pharmacie a augmenté de plus de 50% entre 2003 et 2008³⁶. Le nombre de patients en longue maladie a lui-même augmenté dans un même ordre de proportion³⁷, au point que leur nombre est aujourd'hui de 30 600 personnes, soit 11,8% de la population couverte par la CPS, avec un coût moyen par patient et par an évalué à 792 000 Fcfp ! Il était inévitable que le contrecoup se fasse sentir.

L'assurance maladie a été la première touchée.

Certes en son sein le budget du RSPF apparaît théoriquement équilibré. Mais ce régime qui n'a pas de cotisants est exclusivement alimenté par de l'aide publique et, depuis 2007, il ne bénéficie plus de la participation de l'État, qui est palliée par le budget de la Polynésie française. En d'autres termes, il a financièrement parlant un dangereux effet aspirant pour les dépenses publiques locales.

Jusqu'en 2007, le déficit apparent était limité au seul Régime des non-salariés/RNS, affecté d'un déséquilibre croissant (43 M. de Fcfp en 2004, 46 en 2005, 93 en 2006, 90 en 2007). C'est là une des raisons qui a conduit à la réforme de 2007 imposant aux médecins de cotiser au RNS au lieu du RGS³⁸.

35 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): 4 384 823 982 Fcfp versés à 32 officines en 2003, 6 870 256 370 Fcfp versés à 37 officines en 2008.

36 Source CPS (Pôle Analyse et Développement).

37 Le phénomène s'explique par la stabilité des comportements à risques (alimentation déséquilibrée et sédentarité), l'accroissement de la population couverte par l'amorce du vieillissement démographique et le progrès médical qui assure aux patients en ALD un taux de survie croissant (Sources CPS /Pôle Analyse et Développement).

38 En septembre 2007, l'Assemblée de Polynésie a adopté une loi de Pays obligeant les médecins à cotiser au régime des non-salariés (et non plus à celui des salariés)... à un taux de 7,5% contre 1% auparavant (Hapai, B, *L'installation des médecins en Polynésie française*, op cit, p 8.

Le Régime général des salariés/RGS, quant à lui, est resté excédentaire, malgré le décrochage entre le niveau des cotisations et celui des dépenses, amorcé en 2004 et confirmé en 2006 et, bien-sûr, en 2007:

	2004	2005	2006	2007
<i>Recettes issues des cotisations</i>	54 212 MF	59 384 MF	58 955 MF	61 994 MF
<i>Dépenses</i>	54 504 MF	58 712 MF	63 176 MF	67 385 MF

Il faut se rappeler qu'en 2006 précisément, avec la réforme *Te Autaea'era'a*, les employeurs avaient obtenu une baisse de leurs cotisations sociales, en échange d'une augmentation de 6 000 Fcfp des salaires. Cette réforme, désastreuse pour le financement du système de santé, est intervenue dans un contexte inquiétant de reprise à la hausse de la consommation globale de soins et services médicaux³⁹. Il en a résulté pour le RGS une diminution de 3% de cotisations, c'est-à-dire près de 4 milliards Fcfp de recettes annuelles en moins⁴⁰, pour faire face à des dépenses accrues. Cette année-là – alors que RFO avait imprudemment annoncé un déficit de 2,5 milliards Fcfp de la branche «assurance maladie» – le directeur de la Caisse, alors en fonction, Alexandre Léontieff, n'avait pas caché que «l'équilibre structurel de l'assurance maladie est inquiétant puisque les produits sont inférieurs aux charges»⁴¹. Le phénomène s'est accentué avec la détérioration de la situation économique qui a induit une baisse du nombre de cotisants salariés et le gonflement des dépenses à l'hôpital et, plus largement, du secteur public.

La dotation globale du très emblématique *Centre hospitalier de la Polynésie française* de Mamao a doublé en dix ans⁴².

Cette croissance des frais hospitaliers n'est pas surprenante. Elle est très caractéristique d'un pays qui développe l'offre de soins. En Métropole, ce poste, dont le taux de croissance annuelle est passé de 15% dans les années 1950 à 3% aujourd'hui, représente toujours la part la plus importante de la consommation de soins et de biens médicaux (44,5% en 2005)⁴³.

39 Sources CPS (Pôle Analyse et Développement): Évolution des dépenses de santé par rapport au PIB: + 3,5% en 2003, + 4,8% en 2004, + 7,6% en 2005... et + 8,3% en 2006!

40 F Verprat «CPS – Aggravation de l'assurance maladie des salariés» *La Dépêche de Tahiti* 28 juillet 2009, <www.ladepeche.pf/.../social/5740-9-milliards-fcfp-de-deficit-toujours-sans-solution.html>.

41 *Tahiti-Presse*, 30 octobre 2006, <www.tahitipresse.pf/.../conseil-dadministration-de-la-cps-pas-de-dficit-de-lassurance-maladie-en-2006/>.

42 7 780 millions de Fcfp en 1999 pour 14 066 millions en 2009.

43 J Saison *Droit hospitalier* (2° éd, Gualino, Paris, 2009) p 233.

Par ailleurs, en Polynésie, la répartition des usagers sur un très grand nombre d'îles dispersées génère des coûts exorbitants. Le pays doit en effet faire fonctionner de multiples structures publiques de proximité (49 postes de secours, 20 infirmeries, 6 dispensaires, 11 centres médicaux) en plus des activités de soins curatifs et préventifs assurées sur l'île de Tahiti.

Le problème est que le poids de la facture hospitalière paraît avoir été sous-estimé localement. En tous cas, en 2007, la situation s'est fortement tendue avec l'annonce du déficit prévisionnel de 713 millions de Fcfp (environ 6 millions d'euros) du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf). Il n'était pas question de le faire supporter par le seul RGS. Le protocole d'accord signé entre certains membres de l'intersyndicale et le gouvernement, qui avait mis fin à la grève déclenchée au CHPf avait réparti le déficit entre le Régime de solidarité/RSPF (234 millions de Fcfp), le RNS (37 millions de Fcfp), et le RGS (442 millions de Fcfp), sachant que le Pays s'était engagé à prendre à sa charge «au titre de la solidarité» la quote-part des deux premiers⁴⁴. Mais rien n'a été réglé au fond et la situation du RGS s'aggrave. Le déficit de la branche maladie a plus que doublé en deux ans. À la fin 2008, il était déjà de 4,196 milliards. Il est prévu à 8,814 milliards de Fcfp fin 2009⁴⁵, à l'heure où ces lignes sont écrites. Tous les indicateurs sont au rouge. La dotation globale du CHPf pour 2009 traduit une hausse de 9,3% par rapport à l'exercice précédent. Le coût total du nouvel hôpital du Taaone, situé à Pirae, près de Papeete, qui a nécessité huit ans de travaux (et ouvrira en février 2010) aurait représenté à 40 milliards de Fcfp (335 millions d'euros), soit plus du double du budget prévu⁴⁶. Selon son directeur, M. Louis Rolland, le surcoût de fonctionnement par rapport à l'établissement actuel de Mamao sera de 1,4 milliard de Fcfp (11,7 millions d'euros)⁴⁷.

La détérioration de la situation économique, que l'on peut mesurer à l'augmentation rapide des ressortissants du RSPF (+ 8% en un an)⁴⁸ et à la baisse

44 *Tahiti-Presse*, 5 avril 2007 <www.tahitipresse.pf/.../cps-non-au-financement-du-deficit-de-lhopital-par-les-salaris/>.

45 F Verprat *CPS - Aggravation de l'assurance maladie des salariés, La Dépêche de Tahiti*, 28 juillet 2009, <www.ladepeche.pf/.../social/5740-9-milliards-fcfc-de-deficit-toujours-sans-solution.html>.

46 <http://polynesie.rfo.fr/infos/actualites/sante-un-nouvel-hopital-pour-tahiti-en-fevrier-2010_12026.html>.

47 Le surcoût devrait être compensé par la diminution du nombre d'évacuations sanitaires vers la métropole ou la Nouvelle-Zélande, grâce aux nouveaux services offerts. Deux cents évacuations sanitaires par an pourraient être évitées, chacune d'entre elles coûtant en moyenne deux millions de Fcfp (16 700 euros) à la CPS (<http://polynesie.rfo.fr/infos/actualites/sante-un-nouvel-hopital-pour-tahiti-en-fevrier-2010_12026.html>).

48 <www.lesnouvelles.pf/fenua/politique/719-budgets-en-attente-de-reformes.html>.

du nombre de cotisants salariés (moins 4 000 à moins 5 000 depuis un an), ainsi que les dépenses imprévues, pour la grippe A et la dengue 4, ont contribué à creuser un peu plus le déficit⁴⁹.

Le coût des retraites connaît également une hausse croissante, année après année, du fait de l'étendue de la couverture, de l'augmentation du nombre de retraités salariés et de leurs pensions. La mise en place d'une retraite complémentaire, dite Tranche B, depuis 1996, sur le principe d'un «système par capitalisation de points», a permis, à ce jour, à plus d'un tiers des pensionnés, de bénéficier de meilleures pensions de retraite, en tous cas plus avantageuses en comparaison qu'en France métropolitaine ou en Nouvelle-Calédonie. De 1995 à 2007, le nombre de retraités du RGS s'est fortement accru de 8 600 à près de 19 600, correspondant à un taux d'accroissement de plus de 128% alors que durant cette même période les dépenses ont progressé de plus de 260%, passant de 6,1 milliards à 22 milliards Fcfp, soit l'équivalent des pensions indexées versées par l'État aux fonctionnaires retraités en Polynésie française ! L'évolution des effectifs (actifs et retraités) appelés communément «ratio démographique» est donc à suivre de près. En une décennie, le «ratio démographique» est passé de 5,2 actifs pour 1 pensionné en 1996 à 3,6 actifs en 2006 pour un pensionné. En France métropolitaine, ce «ratio» n'est que de 2 actifs pour un pensionné. Pour pérenniser le système de retraite, actuellement garanti jusqu'en 2022 selon la situation des réserves constatées, pour atteindre l'horizon de 2032 il faudrait porter le taux de cotisations à hauteur de 15% en 2010 contre 13,56% actuellement⁵⁰.

La situation de l'assurance maladie n'est pas moins problématique. Pour les employeurs, pour reprendre les mots de M. Gilles Yau, patron de la Fédération générale du commerce (FGC), «nous sommes arrivés au bout d'un système de cotisations». Il est vrai que le nombre de cotisants est restreint, puisque les fonctionnaires et même certaines catégories cotisent ailleurs.

En effet, il semblerait économiquement risqué de relever les parts patronales et il serait sans doute socialement inique d'augmenter les cotisations payées par les salariés du secteur privé.

La recherche de nouvelles pistes s'impose.

49 *La Dépêche de Tahiti*, 17 octobre 2009 <www.ladepeche.pf/fenua/social/6845-risque-de-faillite-de-la-cps-dans-deux-ans.html>.

50 Toutes les données sur les retraites proviennent d'un entretien avec A Leontieff et L Ateni, «Évolution et perspectives du système de retraite des salariés» <www.cps.pf/rubriques/axe_retraite/index.cfm?page=zoom40ans>.

III UN SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE QUI A BESOIN DE TROUVER UNE NOUVELLE VITALITÉ

La hausse des dépenses de santé en Polynésie ne doit pas dissimuler qu'en dépit de l'augmentation déjà enregistrée et des victoires incontestables remportées sur les pathologies infectieuses qui ont tant fait souffrir le pays jusqu'au XX^e siècle, la part d'un accroissement encore à venir reste concevable, même si *provisoirement* un plafond paraît avoir été atteint aujourd'hui⁵¹, tant en terme de densité médicale, que de possibilité de financement.

Après avoir beaucoup augmenté, la densité médicale est actuellement stable. Ce pays compte 531 médecins au 1^{er} juin 2009⁵², soit environ 220 médecins pour 100 000 habitants⁵³, qui se répartissent en 22% de libéraux et 58% de salariés⁵⁴, dont 64% exerçant dans les établissements hospitaliers⁵⁵. On est déjà au-delà de la Nouvelle-Calédonie⁵⁶, mais encore en deçà des départements français d'outre-mer, mise à part la Guyane. Cette dernière observation donne à penser que la densité

51 Mais à long terme, la problématique est nécessairement appelée à évoluer: selon une étude de l'ISPF, la population du pays devrait atteindre 320 000 habitants en 2027 (60 000 âmes de plus qu'en 2007), ce qui est d'autant plus considérable qu'à cette date une personne sur six aura plus de soixante ans (*Points forts*, n° 3/2009, avril 2009). Il en résulte qu'il faut d'ores et déjà organiser la riposte au vieillissement démographique et anticiper l'arrivée d'un contingent accru de nouveaux médecins chaque année, en tenant compte des départs à la retraite des praticiens actuellement en exercice (S-A Gougeon *Les médecins généralistes et spécialistes en Polynésie française. Situation démographique et exercice de projection*, Ministère de la Santé, Direction de la Santé, DPOS, juin 2009, p 2-22).

52 Ibid, p 3. Ce chiffre dénote une légère érosion par rapport aux 545 médecins recensés trois ans auparavant (*Bulletin d'Informations Sanitaires et Épidémiologiques*, Bureau de Veille Sanitaire, Direction de la Santé, Ministère de la Santé chargé de la sécurité alimentaire et de la médecine traditionnelle, n° 1/2006, p 1). Il donne à penser que, dans les conditions actuelles (âge moyen de la population, demande de soins...) la densité médicale a localement atteint son plafond (voir toutefois infra note n° 52).

53 S-A Gougeon op cit, p 11. Partout dans le Pacifique insulaire, il faut rappeler que ces estimations globales sont mensongères car les chiffres occultent de vives disparités locales. Ainsi, en Nouvelle-Calédonie, la Province Sud compte 268 généralistes pour 100 000 habitants (166 en moyenne en Métropole !) alors que l'archipel des Loyauté doit se contenter de moins de 98 généralistes pour 100 000 habitants (Conseil économique et social, Rapport 2009 présenté par Mme Jacqueline André-Cormier, II-24). La Polynésie connaît des écarts encore plus saisissants; d'ailleurs 87% des médecins exercent sur l'archipel des îles du Vent (S-A Gougeon, op cit, p 8) et le secteur libéral n'est implanté que dans l'archipel de la Société (Tahiti-Moorea, Îles sous le vent) et, depuis peu, dans l'archipel des Tuamotu avec un seul médecin généraliste. L'immense majorité des médecins libéraux dans le pays exercent en réalité à Tahiti. Une île comme Tureia (175 habitants) dans les Tuamotu-Gambier, par exemple, n'a ni médecin, ni infirmière...

54 S-A Gougeon, op cit, p 3.

55 B Hapai, L'installation des médecins en Polynésie française, op cit, p 28.

56 536 médecins au 1^{er} septembre 2007, pour une population totale prise en compte de 240 390 habitants (S Gougeon, op cit, p 11).

médicale pourrait demain repartir à la hausse, pour peu que les conditions actuelles d'installation soient libéralisées. Et il faudra bien les libéraliser pour assurer l'arrivée de nouveaux médecins destinés à faire contrepoids à ceux appelés à prendre leur retraite.

Certes en termes de coûts la latitude financière dont dispose le pays est étroite: le *ratio* des dépenses de santé par habitant et par an se situait à 1 327 euros en Nouvelle-Calédonie en 2001, avec une économie locale prospère, pour déjà 1 420 euros en Polynésie⁵⁷, ce qui est extrêmement élevé pour la zone Pacifique insulaire⁵⁸. Mais il ne fait pas pour autant de doute que la part des dépenses de santé par rapport au PIB (8% en Polynésie en 2006, pour 8,8% en Métropole) montre qu'il existe encore une marge possible de progression, d'autant que les premiers signes du vieillissement démographique se font sentir⁵⁹ et que les maladies chroniques et dégénératives sont localement en progression (cancer, diabète, hypertension artérielle, affections cardiovasculaires...)

On ne peut donc pas miser sur une stabilisation des dépenses. Peut-on imaginer d'y répondre en tablant sur des réajustements proportionnels des cotisations?

Il faut bien commencer par admettre que le taux qui affecte les salariés en Polynésie française est déjà plus élevé que le taux métropolitain (0,75%) et même néo-calédonien (3,85%). Il serait peu justifiable d'envisager de l'augmenter. En revanche, le prélèvement est moins élevé pour les employeurs, qui subissent une ponction de 13,10% en Métropole (10,65% en Nouvelle-Calédonie) comme le montrent les statistiques au 1^{er} janvier 2009⁶⁰:

57 A-M Gavard «La prise en charge des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie», in A Leca and G Rebecq (dir) *La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, Actes du colloque de Toulon (novembre 2005), PUAM, Aix, 2006, p 186.

58 En 2001 la Nouvelle-Zélande était à une moyenne d'à peine 1 092 euros, le Japon à 1 126 euros (ibid, p 186).

59 Le nombre des personnes de 80 ans et plus a doublé entre 1994 et 2008 (Sources CPS /Pôle Analyse et Développement. «Population et situation sanitaire en Polynésie française. Une vue d'ensemble».

60 <www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_pf.html>.

Tableau des cotisations au 1er janvier 2009

Risque	Part patronale	Part salariale	Plafond (Fcfp)
Maladie	10,04%	5,02%	3 000 000
Veillesse tranche A	9,30%	4,65%	246 000
Veillesse tranche B	8,70%	4,35%	entre 246 000 et 492 000
Accidents du travail	0,90%	-	750 000
Prestations familiales	0%, 3,80%, 5,10%	-	750 000
Fonds social retraite	0,12%	0,06%	246 000

Il y aurait là une possibilité d'augmentation, à condition de se contenter d'un léger réajustement qui n'aurait pas d'effets économiques dévastateurs.

Dans ces conditions, il faut réfléchir à d'autres voies que l'action sur le niveau des cotisations. À l'unanimité le CA de la CPS a d'ailleurs jugé qu'il était nécessaire de reprendre dans leur globalité les principes de fonctionnement de la Protection sociale généralisée⁶¹. On ne peut qu'abonder dans son sens.

Sous le dernier gouvernement Temaru, fin 2009, un plan comptable de sauvetage avait été conçu par la ministre de la Solidarité, Mme Armelle Merceron, qui visait à combler le déficit prévisible (7 milliards Fcfp) en répartissant le charge en quatre parts égales:

- 1,740 milliard Fcfp financés par l'impôt, grâce à la hausse de la CST ou de la TVA.

- 1,740 milliard Fcfp avec la hausse des cotisations maladie de 15,06% à 15,84% au 1er janvier 2010.

- 1,740 milliard Fcfp en baissant le plafond de remboursement de 80% à 70%.

- 1,740 milliard Fcfp en remboursant moins, notamment les frais médicaux auprès des médecins libéraux.

61 *Tahiti-Presse*, 5 avril 2007 <www.tahitipresse.pf/.../cps-non-au-financement-du-dficit-de-lhpital-par-les-salaris/>.

«Nous proposons, avait alors expliqué la Ministre, de répartir l'effort financier (7 milliards Fcfp) équitablement. Ainsi, il nous faut trouver 1,740 milliard Fcfp chez les professionnels de santé en réduisant le prix de chaque acte. La même somme est recherchée auprès des usagers en réduisant le remboursement CPS [c'est-à-dire en relevant le «ticket modérateur»]. On demande aussi 1,740 milliard Fcfp de recettes supplémentaires en augmentant les cotisations CPS. Et la même somme est demandée au budget du Pays. Nous travaillons avec le ministre de la Santé pour augmenter le temps d'ouverture des dispensaires jusqu'à 18 ou 19 heures pour permettre aux usagers de se faire soigner gratuitement, sachant que ceux qui préfèrent aller chez le médecin privé seront un peu moins remboursés⁶²».

Peu de temps après, le 6 novembre 2009, le président O. Temaru et le ministre des Finances G. Puchon ont présenté aux syndicats et représentants patronaux, une taxe intérieure de solidarité (TIS) qui prélèverait 1,5% du chiffre d'affaires des entreprises⁶³. Elle a été immédiatement très critiquée⁶⁴ et déclenché une grève...

Le gouvernement Tong Sang, qui est arrivé aux affaires dans ce contexte, a abandonné le plan (et le projet de TIS) en prévoyant notamment:

- de ne pas ajouter de "taxe nouvelle à celles existantes..." (sans s'engager formellement sur l'augmentation possible des cotisations sociales),
- de ne pas modifier les taux de remboursement aux assurés
- et d'écarter la baisse du remboursement des lettres clefs aux professionnels de santé.

La nouvelle équipe a seulement retenu la possibilité de recueillir 697 millions Fcfp d'économies proposées par les professionnels de santé et promis de maintenir des budgets 2010 identiques à ceux de 2009. Et pour combler les déficits cumulés, le gouvernement a avancé l'idée de créer un établissement public doté grâce à des émissions d'obligations, ce qui devrait induire une taxe nouvelle spécifique comme en métropole, où la création de la caisse d'amortissement de la dette sociale

62 *La Dépêche de Tahiti*, 17 octobre 2009 <www.ladepeche.pf/fenua/social/6845-risque-de-faillite-de-la-cps-dans-deux-ans.html>.

63 <www.tahitipresse.pf/2009/11/la-taxe-interieure-de-solidarite-jugee-inflationniste-par-les-syndicats-et-les-patrons/> and J-M Monnier «A tia i mua en colère contre les taxes», *La Dépêche de Tahiti*, 11 novembre 2009 <www.ladepeche.pf/.../7182-a-tia-i-mua-en-colere-contre-les-taxes.html>.

64 J-M Monnier «A tia i mua en colère contre les taxes» *La Dépêche de Tahiti*, 11 novembre 2009 <www.ladepeche.pf/.../7182-a-tia-i-mua-en-colere-contre-les-taxes.html>.

(CADES) a abouti à celle d'une cotisation pour le remboursement de la dette sociale (CRDS)⁶⁵.

Il s'agit là de 'recettes' strictement comptables.

Assurément elles ne sont pas entièrement à écarter. Et d'ailleurs, on voit mal comment le Pays pourra faire l'économie d'une nouvelle ponction fiscale.

Il n'empêche qu'il faut que la Polynésie accepte de poser la vraie question qui est celle du prix qu'elle peut payer pour son système de santé.

Agir sur le coût, comme l'envisageait Mme Manceron, serait assurément très tentant: si le «ticket modérateur» passait à 30% (au lieu de 20%) la CPS économiserait 1 milliard Fcfp/an. En revanche, chaque consultation chez un généraliste coûterait 360 Fcfp de plus au patient. Pour une consultation à 3 600 Fcfp, le remboursement passerait de 2 880 à 2 520 Fcfp. Si on introduisait un «ticket modérateur» à 10% pour les patients en affections de longue durée, jusqu'à présent remboursés à 100%, la CPS économiserait 1 milliard Fcfp/an. Et le patient aurait 465 Fcfp à payer. En ce qui concerne les médicaments, avec 1% de remboursement en moins, la CPS économiserait 54 millions Fcfp de prise en charge. Avec 10%, l'économie atteindrait 540 millions Fcfp. À l'hôpital, l'introduction d'un forfait d'hébergement hospitalier à 1 000 Fcfp/jour réduirait de 190 millions Fcfp les dépenses de la CPS⁶⁶...

Mais de telles réformes ne seraient socialement acceptables que si elles prenaient soin de conserver le régime antérieur pour les catégories défavorisées.

Seules les autres pourraient supporter le sacrifice et se tourner vers des mutuelles, comme en Métropole et en Nouvelle-Calédonie. La création en novembre 2009 de la première mutuelle de santé polynésienne (*Turu Ora*, Mutuelle des Patentés et Libéraux de Polynésie) est d'ailleurs symptomatique d'un tel contexte: «*Étant donné le déficit de la CPS et les solutions de financement qui viennent à manquer, cette mutuelle apporte une première réponse, pour les particuliers, à la maîtrise des dépenses de santé*», indique avec réalisme M. Kolka Muller, son directeur général⁶⁷.

65 <www.ladepeche.pf/fenua/social/7879-les-polynesiens-pourraient-payer-les-15-milliards-fc-fp-de-deficit.html>.

66 <www.tahitipresse.pf/2009/11/la-taxe-interieure-de-solidarite-jugee-inflationniste-par-les-syndicats-et-les-patrons/>.

67 <www.tahitipresse.pf/2009/10/installation-a-tahiti-de-la-premiere-mutuelle-de-sante-polynesienne/>.

De nouvelles sources de financement doivent cependant être trouvées, si on ne veut pas mettre en péril le fonctionnement général du système.

Certes, comme l'a dit M. Pierre Follin, président du syndicat des médecins libéraux, «L'augmentation des dépenses de santé est liée avant tout à l'augmentation de l'espérance de vie, notamment à l'augmentation de la durée de vie des gens malades et soignés (traitements longs, de plus en plus compliqués et hyper-coûteux). Mais aussi à l'amélioration des connaissances, des techniques, des traitements médico-chirurgicaux. Le progrès médical est donc à lui seul un facteur essentiel de l'augmentation des dépenses de santé. Parler d'économie de santé devient donc impossible. Cela reviendrait à interdire l'application des progrès, et à laisser vieillir et mourir sans traitement une population souffrante⁶⁸». En effet, il ne fait pas de doute que le progrès médical, qui a un coût, ne doit pas être subordonné à des impératifs budgétaires définis a priori.

Mais, de toute évidence, le déficit de la CPS impose au pays un retour à l'équilibre. D'autant que l'économie du pays est fragile: d'ailleurs si le montant global des dépenses de protection sociale est à peu près le même en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie (environ 40 milliards en 2005), la Nouvelle-Calédonie s'en tire comparativement beaucoup mieux parce que le PIB y est plus élevé, le poids sur le PIB, moindre, ce qui est l'une des raisons qui permet à la CAFAT d'être excédentaire.

Ce retour à l'équilibre suppose que le pays s'en donne les moyens institutionnels, à commencer par la nécessaire fusion des ministères de la santé et de la protection sociale et la mise en place en son sein d'un département statistiques qui lui soit propre ou, comme en Nouvelle-Calédonie, d'une véritable direction de l'action sanitaire et sociale.

L'objectif est de parvenir à un accroissement des recettes et à une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses.

Les recettes doivent être accrues et certaines dépenses réduites.

Il n'est pas normal que les fonctionnaires d'État qui, en Nouvelle-Calédonie, cotisent à la CAFAT ne contribuent pas au financement de la CPS en Polynésie française.

Mais on ne pourra pas s'en tenir à une action limitée aux cotisations des uns et des autres. Il est en effet illusoire d'imaginer que l'on puisse se passer d'un

68 F Verprat «CPS – Aggravation de l'assurance maladie des salariés» *La Dépêche de Tahiti*, 28 juillet 2009 <www.ladepeche.pf/.../social/5740-9-milliards-fcfp-de-deficit-toujours-sans-solution.html>.

complément tiré de la fiscalité obligatoire. Même en France métropolitaine, la Sécurité Sociale serait aujourd'hui financée à 40% par l'impôt⁶⁹.

En d'autres termes, les patients qui en ont individuellement les moyens financiers devraient pouvoir supporter une taxation, qui dispenserait le pays de la création d'une TIS qui frapperait les entreprises et serait répercutée sur leurs prix (et donc supportée indifféremment par tous).

Les professions médicales devraient également accepter un encadrement conventionnel plus strict, notamment pour ce qui a trait au contrôle médical. D'autant qu'elles doivent considérer que leur opposition au changement est souvent mal vécue⁷⁰. La sage politique qui a été adoptée par la profession dentaire va tout à fait dans ce sens.

Enfin, la masse des consommateurs de soins devrait prendre conscience qu'il n'y a pas de créances sans obligations et se pénétrer de l'existence de véritables devoirs du patient. L'éducation sanitaire reste à développer. C'est ce que révèle l'exemple dramatique des «affections de surcharge pondérale» (diabète sucré et hypertension artérielle), qui occupent une part très importante parmi les pathologies frappant les patients en longue maladie⁷¹. Parmi ceux-ci le nombre de jeunes de moins de vingt ans⁷² est toujours préoccupant. Cette situation révèle avec acuité l'extrême difficulté qu'il y a à changer certains comportements alimentaires. Il n'empêche que cette politique ne pourra pas éternellement se limiter à des conseils et à des mesures incitatives dépourvues de sanctions: lorsque 10% des assurés représentent à eux-seuls la moitié des dépenses de l'assurance maladie, la société a le droit de s'interroger sur la part de responsabilité qui est la leur dans le développement des pathologies dont ils sont les victimes.

Les sacrifices ne sont acceptables que s'ils sont partagés par tous. Si la Polynésie n'est pas capable de trouver un consensus dans ce sens, il lui faudra inéluctablement réduire les prestations sociales, ce dont *a priori* personne ne veut.

Aix-en-Provence, le 25 février 2010.

69 D Laurent «De l'assurance publique à l'assurance privée» *Lamy Droit de la santé*, fasc 130, §.130-10.

70 Tahitipresse.pf, 15 octobre 2009 <www.tahitipresse.pf/2009/10/reforme-de-la-psg-la-cgpme-qualifie-les-professionnels-de-sante-dirresponsables/>.

71 La part de ces pathologies est considérable chez les patients en longue maladie: 15,1% sont touchés par le diabète sucré et 18% par l'hypertension artérielle (Sources CPS /Pôle Analyse et Développement, juin 2009).

72 En 1995, on dénombrait 1 809 jeunes de moins de vingt ans parmi les patients en LM, soit 21,4% des effectifs globaux. En 2008, leur nombre s'est hissé à 3 953, mais il ne représente plus que 12,9% de l'ensemble (Sources CPS /Pôle Analyse et Développement, 2009).

