

# LA CONSOMMATION DE SOINS EN POLYNESIE FRANCAISE EN 2009

*Dominique Marghem\**

La consommation de soins est intimement liée à l'offre et donc à l'organisation du système de soins. Celui-ci ne peut se comprendre que si l'on étudie la manière dont il s'est construit. Le principal tournant a été la mise en place de la Protection sociale généralisée, mais qui ne s'est pas accompagnée d'une réflexion sur le rôle et la place de chacun des acteurs et a laissé perdurer deux systèmes avec des logiques et des financements différents. L'originalité de l'offre de soins tient à l'existence d'une offre publique ambulatoire importante, parfois exclusive, dans les archipels éloignés, qui mêle les activités de soins et les activités de prévention. Le système de soins a généré plus de 225 000 journées d'hospitalisation et plus d'un million de consultations médicales.

## ***I L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS***

La consommation de soins est intimement liée à l'offre et par conséquent à l'organisation du système de soins. La compréhension du dispositif actuel ne peut se faire que si l'on appréhende les principales étapes de sa construction.

Longtemps l'offre de soins a été presque exclusivement limitée à une offre publique reposant sur une logique «Beveridgienne»: ouverte à tous, financée par l'impôt et gratuite, alors que l'offre libérale, non remboursée donc non concurrentielle, ne pouvait se développer et restait «anecdotique».

Le système a été mis en place dans la deuxième moitié du XIXème siècle par l'administration coloniale et confié aux militaires, jusqu'en 1984, date de la reprise par la Polynésie française, de l'organisation du système de santé. Cette fin de période a été marquée notamment par l'individualisation du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf), sorti de la Direction de la santé et transformé en établissement public en 1983. Le développement de l'offre libérale a été permis par la création en 1957 de la Caisse de compensation..., reposant sur une «logique Bismarckienne», où la prise en charge des soins est réservée à une partie de la population (les travailleurs salariés) qui finance elle-même la majeure partie des

---

\* Direction de la santé, Ministère de la santé et de la solidarité, Tahiti – Polynésie française.

prestations par ses cotisations alors qu'une partie reste à la charge du patient («ticket modérateur» censé limiter la demande).

Mais comme souvent, les grandes réformes ne s'accompagnent pas d'une réflexion théorique aboutie. Elles ne suppriment pas les systèmes antérieurs et les laissent coexister, sans que les règles de cette cohabitation ne soient clairement posées.

Ainsi le Territoire a maintenu et même développé une offre de soins de proximité par un réseau de centres de santé sur l'île de Tahiti et dans les archipels, par le développement de structures hospitalières (Uturoa, Taiohae, Taravao et Moorea) et par la création progressive de plusieurs services spécialisés (hygiène dentaire, protection infantile, protection maternelle, ...). Pendant ce temps, l'offre libérale se développait progressivement. Bien qu'accessibles à tous, les soins n'y étaient pris en charge que pour les seuls cotisants (salariés). Les fonctionnaires d'État, les professionnels libéraux et les «indigents» s'en trouvaient exclus de fait. De même, certains salariés ne pouvaient y avoir accès, faute d'offre de proximité, et cotisaient sans contrepartie.

Un deuxième tournant important est intervenu en 1995 avec l'instauration de la Protection sociale généralisée (PSG) qui a assuré la même prise en charge pour tous. Un des éléments des accords de l'époque a été l'alignement du tarif des actes pris en charge à 80% par la Caisse de prévoyance sociale (tarifs de responsabilité) sur les «tarifs syndicaux» en vigueur. Le reste à charge des ménages en était réduit d'autant et rendait l'accès au secteur libéral plus facile. Comme par ailleurs, «la longue maladie» s'est développée avec une prise en charge à 100% des actes, l'offre libérale s'est développée pour pouvoir répondre à la demande (et réciproquement l'accroissement de l'offre a généré l'explosion de la demande).

Une autre mesure a été le paiement par la Caisse de prévoyance sociale au Pays, des actes réalisés par les structures publiques au profit de ses ressortissants (sur des tarifs fixés par arrêté en 1996 et jamais révisés).

Il n'est pas inutile de rappeler que la Caisse de protection sociale (C.P.S.) n'est que l'organisme gestionnaire des trois régimes de protection sociale (salariés, non-salariés et de solidarité) dotés chacun d'un organisme délibérant (conseil d'administration ou comité de gestion).

## ***II QUELLE LOGIQUE POUR L'ORGANISATION ACTUELLE?***

A ce stade, il devient difficile de comprendre sur quelle logique repose le système de santé actuel.

La finalité est-elle d'avoir, à l'instar de ce qui se fait en métropole, une offre ambulatoire purement libérale financée par les cotisations, et, pour les exclus du

système, par l'impôt–comme la couverture médicale universelle (CMU)? Dans ce schéma, l'offre publique devrait se limiter à pallier l'insuffisance du secteur libéral et se retirer dès que celui-ci est à même de répondre à la demande.

Où l'offre publique a-t-elle une population cible particulière, comme les laissés pour compte de la société, ou peut être un rôle propre? Dans ce sens, la CPS a toujours refusé d'assurer le remboursement des vaccins, estimant qu'il s'agit de prévention et que celle-ci relève du Pays. Par ailleurs, les médecins libéraux n'organisent que très rarement un système de permanence de soins, en laissant la charge aux structures publiques, même lorsqu'il ne s'agit pas de structures hospitalières (ISLV – hors Raiatea).

### ***III LES PARTICULARITES DU SYSTEME POLYNESIEN***

#### ***A La Première Caractéristique***

Cette confusion a donné à la consommation de soins en Polynésie française des traits particuliers, dont un des principaux est la coexistence de deux systèmes reposant sur des financements différents et soumis à une gouvernance incertaine.

La CPS finance directement les établissements hospitaliers (CHPf et cliniques) et le secteur ambulatoire libéral alors que le Pays finance intégralement la Direction de la santé et ses hôpitaux périphériques.

L'offre hospitalière, publique (CHPf) et privée (cliniques), bénéficie d'un financement quasi exclusif par l'organisme de protection sociale, sous forme d'une dotation globale de fonctionnement (DGF), enveloppe fermée déterminée dans le cadre des décisions budgétaires, en fin d'année précédente et d'une enveloppe «hors dotation» pour certains actes non intégrés dans la DGF telles les consultations et les examens pour les consultants externes. Le Pays accorde une subvention au CHPf pour ses missions spécifiques (école de sage-femme, SAMU) mais également pour le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique depuis son intégration au CHPf en 2003 et pour le centre de transfusion sanguine jusqu'en 2009.

Le secteur ambulatoire libéral, bien que se voyant fixé conventionnellement chaque année, des objectifs d'honoraires et de prescriptions déterminés, dispose en fait d'un «guichet ouvert».

Le secteur public, hors CHPf, se voit doté d'un budget annuel par l'Assemblée de Polynésie française, bien plus rigoureuse que la CPS sur les montants alloués, et dispose de ce fait d'une enveloppe fermée, non liée à l'activité qu'elle produit.

## ***B La Deuxième Caractéristique***

*La deuxième caractéristique* du système est l'existence de centres de santé publics. Alors qu'en métropole, il n'existe que quelques dispensaires municipaux ou mutualistes, ces centres de santé représentent une offre essentielle en Polynésie française, voire même la seule dans de nombreuses îles.

Ils ont la particularité d'être de typologie et de dimensionnement variables (hôpitaux avec ou sans chirurgie, avec ou sans possibilité d'accouchement, centres médicaux, infirmeries, voire postes de secours) selon la taille de la population desservie. Ils ont également la particularité d'agir autant dans le domaine curatif que préventif (hygiène dentaire, hygiène scolaire, protection maternelle et infantile, ...).

## ***C La Troisième Caractéristique***

*La troisième caractéristique* est l'existence, depuis 1998 d'un système de régulation des professionnels de santé libéraux basé sur la limitation des conventionnements accordés par la CPS, après avis préalable d'une commission de régulation.

### ***1 Les professionnels de santé***

Hormis les sages-femmes, (1,5 fois plus nombreuses), les professionnels de santé sont beaucoup moins nombreux qu'en métropole, mais à un taux voisin de celui de la Nouvelle-Calédonie.

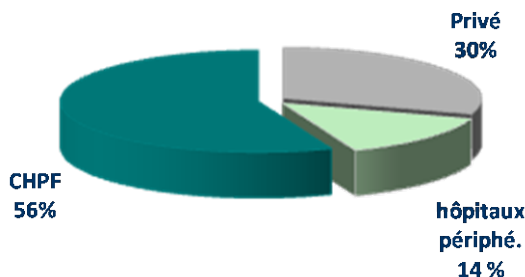
Leur répartition est très inégale selon les zones géographiques. La zone urbaine de Papeete concentre une très grande partie des professionnels de santé et présente même une densité médicale (379) plus élevée que celle de la métropole (340). Elle est de 234 pour l'ensemble de la Polynésie française mais de 70 sur le reste de Tahiti.

Dans les archipels éloignés (Tuamotu-Gambier, Marquises, Australes, Maupiti et Maiao), où demeure la liberté de conventionnement, le niveau de densité médicale est le plus bas (68) et encore la moitié d'entre eux sont basés dans la petite structure hospitalière de Taiohae.

### ***2 La consommation de soins***

Il est impossible de réduire la consommation de soins à quelques données chiffrées, tant elle est diversifiée. Néanmoins, certaines données permettent une première approche de celle-ci.

2009 a été marqué par le passage de deux épidémies, la dengue IV en début d'année, puis la grippe H1N1, qui ont généré une augmentation de la consommation de soins, essentiellement ambulatoires.



### 3 L'hospitalisation

Il y a eu plus de 38 000 hospitalisations et 14 000 hospitalisations de jour en 2009, générant au total 226 000 journées d'hospitalisation. L'hospitalisation de jour représente 1/3 des séjours.

Le CHPf effectue plus de la moitié des hospitalisations. Les hôpitaux périphériques de la Direction de la santé représentent 14% des hospitalisations. Mais tant que les établissements ne disposeront pas tous d'un système d'information performant, on ne pourra connaître le « poids » de l'activité de chacun d'entre eux. Seul le secteur public offre une prise en charge lourde (réanimation générale, hémodialyse, néonatalogie, ..) ou spécialisée (hospitalisation psychiatrique et long séjour).

Alors que l'offre d'hospitalisation MCO (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique) est satisfaisante, l'hospitalisation spécialisée est largement insuffisante: taux d'occupation de 116 en psychiatrie adulte, pas d'offre en psychiatrie infantile, pas de moyen séjour, longue liste d'attente en long séjour.

#### *Activité de l'hospitalisation générale en 2009*

|                               | Nbre hospitalisés | Nbre journées en hosp. complète | Durée moyenne de séjour | Nbre journées en hosp. de jour |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| <b>CHPF</b>                   | 20 806            | 113 102                         | 5,4                     | 6 042                          |
| <b>Hôpitaux périphériques</b> | 5 166             | 23 448                          | 4,5                     |                                |
| <b>Clinique Paofai</b>        | 5 051             | 16 375                          | 3,2                     | 4 053                          |
| <b>Clinique Cardella</b>      | 5 836             | 25 508                          | 4,4                     | 2 710                          |
| <b>Centre Médical Mamao</b>   | 0                 | 0                               |                         | 1 302                          |
| <b>TOTAL</b>                  | <b>36 859</b>     | <b>178 433</b>                  |                         | <b>14 107</b>                  |

### *Activité de l'hospitalisation spécialisée en 2009*

|                    | Nbre<br>hospitalisés | Nbre<br>journées |
|--------------------|----------------------|------------------|
| <b>Psychiatrie</b> | 1 345                | 27 091           |
| <b>Long séjour</b> | 14                   | 6 611            |

#### *4 L'activité ambulatoire*

Il est difficile de donner une idée de l'activité des professionnels de santé à partir de quelques chiffres. Elle se décompose en actes identifiés par une lettre clé (consultation: C, acte infirmier: AMI, ...) et affectés d'un coefficient variable selon la difficulté, la durée, le prix de revient, ...

Seule l'activité de consultation est relativement aisément mesurable: il y a eu plus d'un million de consultations médicales dispensées en 2009, dont 640 000 dans le secteur libéral.

Dans les structures de la Direction de la santé ont été également dispensées 125 000 consultations par les «services de prévention» (hygiène scolaire, hygiène dentaire, protection maternelle et infantile). Et particularité de la Polynésie française: les infirmiers exerçant en poste isolé, en l'absence de médecins, ont assuré 105 000 consultations.

L'activité des professionnels de santé libéraux est fournie par les relevés de la CPS. Ainsi, pour leur part, les sages-femmes libérales ont effectué plus de 50 000 consultations et soins, les masseurs kinésithérapeutes plus de 400 000 actes et les infirmiers plus de 2 200 000.

Les autres activités du système de santé sont plus difficiles à mesurer: la veille sanitaire, les actions de dépistage, de prévention, de promotion de la santé, l'activité du Centre d'hygiène et de salubrité publique ...

Par contre l'activité de formation professionnelle est facilement déterminable: l'Institut de formation aux professions de santé a mené à son terme une promotion d'infirmiers diplômés d'État et une promotion d'aides-soignants.