Chambre territoriale
des comptes
Polynésie française

Papeete, le 28 JUIL. 2022

Le président

à

Monsieur Edouard FRITCH
Président de la Polynésie française

n° 2022-232
Par porteur avec accusé de réception

Objet : notification des observations définitives et de sa réponse relatives au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française au titre de la politique sociale.
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 collectivité de la Polynésie française au titre de la politique sociale pour les exercices 2016 jusqu'à la période la plus récente ainsi que la réponse que vous y avez apportée.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger. Il conviendra de le transmettre au Président de l'Assemblée de la Polynésie française en vue de son inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de cette assemblée délibérante, au cours de laquelle il donnera lieu à débat.

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

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 272-112 du code précité, le rapport d'observations et la réponse jointe 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

Chambre territoriale des comptes
Polynésie française

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA REPONSE

Collectivité de la Polynésie française : la politique sociale

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 2 juin 2022.

BP 331 - 98713 PAPEETE TAHITI - Téléphone : 40 50 97 10 - Télécopie : 40 50 97 19
Email : polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr ■ www.ccomptes.fr

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE 3
PARAU PU'ŌHURA'A 7
RECOMMANDATIONS 8
INTRODUCTION 9
1 UNE POLITIQUE PUBLIQUE QUI NE PARVIENT PAS À INFLÉCHIR UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE 11
1.1 Rappel de l'état des lieux de la situation sociale en Polynésie française 12
1.2 Panorama financier : vers un risque de gonflement des dépenses par un effet de rattrapage à terme 13
1.3 Le surcoût provoqué par la crise sanitaire 15
1.4 Un périmètre budgétaire partagé 16
1.4.1 La mission santé 16
1.4.2 La mission vie sociale 24
1.5 Un portage administratif perfectible 29
2 UN PILOTAGE EN VOIE DE PARCELLISATION 35
2.1 Un droit positif à renforcer 35
2.2 Des moyens d'intervention à rationnaliser 37
2.2.1 Des prérequis à peaufiner 37
2.2.2 Les instances de régulation et de proposition 46
2.2.3 Les engagements de la Polynésie française 49
2.3 L'organisation géographique de l'offre de soins 51
2.3.1 La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire 52
2.3.2 La démographie des personnels de santé 53
2.4 Les déterminants de l'action 56
2.4.1 Les outils d'analyse 57
2.4.2 La mesure de la performance 58
2.5 Le Pays se doit de clarifier le rôle des communes dans le respect de la loi organique portant autonomie de la Polynésie française 60
3 DES RENDEZ-VOUS MANQUÉS EN MATIERE DE RÉFORME 64
3.1 L'ambition entravée d'une réforme globale en 2016 en vue d'aboutir à une PSG 2 64
3.2 Des adaptations dans l'attente d'une grande réforme 66
3.3 Des marges de manœuvre de plus en plus réduites en matière de financements du régime des retraites 69
3.3.1 La Tranche A 70
3.3.2 La Tranche B 73
3.4 L'annonce d'une réforme d'envergure par la conduite d'une démarche participative 74
3.5 La prévention des maladies non transmissibles du XXIe siècle reste entravée 74
3.5.1 Une situation alarmante bien documentée, l'exemple du diabète de type II 75

3.5.2 L'appui volontariste à des initiatives multiples d'accompagnement et de sensibilisation est insuffisant 77
3.5.3 Une véritable fiscalité comportementale reste un objectif inaccessible 80
4 UN CADRE D'ACTION À MODERNISER 84
4.1 L'organisation des prestations d'action sociale 84
4.1.1 Les interventions directes du Pays 84
4.1.2 Le rôle de l'économie dans l'insertion sociale 93
4.2 Les moyens de la DSFE 95
4.2.1 Des ressources humaines estimées insuffisantes par le Pays 95
4.2.2 Les outils numériques de la DSFE 97
4.3 L'organisation des recettes de la PSG 99
4.3.1 Les sources de financement des régimes gérés par la CPS 99
4.3.2 L'absence de véritable réforme fiscale rattrapée par les effets de la pandémie 100
4.3.3 Le régime de retraite des élus de l'assemblée de la Polynésie française 102
4.3.4 La lutte contre le travail dissimulé 103
4.4 UN CONTROLE DES OPÉRATEURS PRIVÉS SOCIAUX À STRUCTURER 104
4.4.1 Le périmètre des opérateurs et leur poids financier 105
4.4.2 Cadre juridique des conventions 106
4.5 La définition et la gestion des zones de risques sont absentes 107
4.5.1 Les élus 107
4.5.2 Les agents 108
ANNEXE : REPONSE DE M. EDOUARD FRITCH, PRESIDENT DE LA POLYNESIE FRANÇAISE 111

SYNTHÈSE

La Chambre territoriale des comptes a examiné la politique sociale de la Polynésie française sur les exercices 2016 et suivants. Ce contrôle, inscrit au programme de la juridiction en 2021, a porté sur un périmètre correspondant à celui couvert par la protection sociale généralisée (santé, retraites, famille, handicap, action sociale). Ce rapport est ainsi établi en complément de l'examen des prestations servies par la caisse de protection sociale (CPS). Une série de constats et de recommandations y ont été dressés dont certains concernent le Pays, autorité de tutelle et pouvoir règlementaire.

L'étendue du périmètre et la complexité qui en découle rendent opportuns cet examen à un moment où la pandémie a mis davantage en lumière le besoin d'une coordination forte de la politique sociale et de son évaluation transversale.

Même si la collectivité ne dresse aucun panorama statistique général en matière de santé et de précarité, certains constats préoccupants sont connus. L'estimation de l'intensité annuelle de la dépense de santé par habitant indique qu'en Polynésie française, son niveau est en deçà des résultats calédoniens et nationaux, alors même que la situation sanitaire locale peut être plus difficile sur certains de ses aspects (obésité, santé mentale notamment). Cet écart, qui traduit certainement l'existence de besoins non encore pris en charge, fait craindre à terme un possible effet de rattrapage, laissant augurer une augmentation tendancielle des dépenses sociales. Cette estimation est d'autant plus inquiétante que les comptes sociaux gérés par la CPS, qui sont financés par les régimes des salariés et des non-salariés et par le Pays, sont déjà en souffrance depuis plusieurs années. La pandémie survenue depuis mars 2020 n'a fait qu'accentuer brutalement une situation dégradée. La collectivité s'est ainsi trouvée dans l'obligation d'apporter un soutien exceptionnel, estimé au moment de la rédaction du rapport mi-2022 à 11,154 Mrds F CFP entre 2020 et 2021.

Placée face à un effet de tension budgétaire exacerbée par les conséquences de la crise sanitaire, la collectivité a recherché de nouvelles sources de financements massives et disponibles rapidement. Un texte a été adopté à cette fin par l'Assemblée de la Polynésie française sur proposition du gouvernement le 27 décembre 2021. Si la fiscalité additionnelle sur la consommation et sur les revenus telle qu'envisagée offre comme avantages celui d'un rendement élevé conjugué à une souplesse de mise en œuvre, cette stratégie s'inscrit néanmoins à rebours des recommandations que la Chambre a formulées dans ses précédents rapports. La juridiction estimait en effet que la collectivité devait, en proportion, diminuer sa dépendance aux recettes fiscales assises sur l'évolution de l'activité économique (taxation des flux en général, sur la consommation en particulier) et ainsi prélever davantage sur les patrimoines (stocks). L'histoire récente marquée par les deux chocs de 2009 et de 2020 confirme la nécessité de rechercher ce nouvel équilibre. Par l'absence d'une réforme fiscale globale attendue depuis plus de 10 ans, le Pays s'est contraint lui-même, dans l'urgence, à persister dans cette voie.

La question des équilibres budgétaires n'est pas nouvelle. La collectivité affiche depuis plusieurs décennies comme ambition de maîtriser les dépenses sociales, particulièrement en matière de santé. Elle a récemment décidé de modifier l'organisation des modalités de prise en charge des patients. La loi du Pays n°2018-14 fixe ainsi le rôle du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés et le panier de soins. La collectivité n'est toutefois pas allée au bout de la démarche. En cause, l'impact prévisible de cette réforme sur le régime de la longue maladie qui semble constituer un obstacle indépassable, et les retards observés dans le déploiement du dossier médical partagé, pourtant annoncé depuis au moins 10 années.

En complément des tentatives de réorganiser les conditions de prise en charge, des initiatives multiples d'accompagnement et de sensibilisation pour lutter contre le surpoids et l'obésité ont été déployées. Elles ont d'ailleurs bénéficié d'un cadre d'action formalisé sous la forme de programmes déclinés à partir du schéma de prévention et de promotion de la santé 2019-2023. Ces dispositifs devaient être soutenus à raison par l'instauration en 2019 d'une véritable fiscalité comportementale, dont le premier volet concernait les boissons sucrées. La loi du Pays a été abrogée en 2019, avant de pouvoir entrer en vigueur. Les données épidémiologiques et sociales alarmantes disponibles en Polynésie française justifient l'urgence et l'ampleur d'une stratégie de prévention complète. Sans fiscalité adéquate, la collectivité s'expose au risque sérieux de décourager les énergies militantes publiques et privées qui sont à l'œuvre.

La collectivité, qui tente actuellement de répondre aux besoins urgents alors que la pandémie se poursuit au moment de la rédaction du présent rapport, se doit dans le même temps d'être stratège. Sans en mésestimer la difficulté, elle doit à la fois organiser l'action publique (autorité réglementaire) et maîtriser la dépense (gestionnaire). Ces deux responsabilités particulières sont d'ailleurs la contrepartie de l'étendue de son autonomie institutionnelle.

Le cadre de l'action souffre d'abord d'un droit sanitaire et social qui n'est ni à jour, ni codifié. Cette lacune doit être rapidement corrigée. Il est paradoxal sur cet aspect comme en matière de travaux de préparation des schémas directeurs, d'observer que la collectivité dispose de moyens internes qu'elle estime elle-même insuffisants, alors qu'il s'agit de ses missions premières.

Elle est parvenue tout de même, avec parfois l'assistance de consultants extérieurs, à rédiger des documents de planification à partir de 2016. En outre, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) a été créée en 2017. Le Pays n'a donc pas ménagé ses efforts au cours de ces dernières années. Pour autant, les retards accumulés avant 2016 en matière de planification (elle a longtemps considéré, à tort, que la politique sociale était majoritairement du ressort de la CPS) l'ont conduit à ne pas formaliser systématiquement un ordre de priorité face à la multitude des besoins. Ses schémas et plans directeurs ont chacun inscrit un nombre d'actions foisonnant, au surplus dans un délai contraint, sans tenir compte suffisamment une nouvelle fois de ses capacités, comme l'illustrent le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 et le plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille qui contient 130 actions.

La normalisation des conditions de préparation des schémas directeurs au sein de la collectivité pour les rendre plus homogènes quelle que soit la politique publique concernée, combinée à l'affirmation d'une culture participative et du résultat, aideraient à poser un cadre plus réaliste. Pour mieux y parvenir, le gouvernement est invité à davantage associer les autres institutions du Pays, le conseil économique social, environnemental et culturel (CESEC) en limitant strictement les saisines en urgence, et l'Assemblée, en instaurant en session publique un débat annuel distinct sur la trajectoire des dépenses sociales, étape préalable à l'examen de l'équivalent d'une loi de financement de la protection sociale, outil qui fait encore défaut malgré la demande formulée par la Chambre dans son rapport précédent.

Cette approche renouvelée participerait notamment à l'engagement d'une réflexion d'ensemble sur l'aménagement sanitaire et sociale du territoire à partir d'une cartographie des besoins futurs de la population de Tahiti et des archipels, en tenant compte des communes, mais dans le respect de la loi organique n°2004-192 qui fixe limitativement les compétences de ces dernières. En outre, la rationalisation des conditions de préparation de ces outils de planification gagnerait à intégrer un dispositif permanent de suivi des recommandations formulées par des tiers experts, ainsi que celles issues des rapports de la Chambre.

A cet égard, alors qu'elle ne relevait que d'un centre de décision unique en 2017, la politique sociale est depuis fin 2020 éparpillée entre trois ministères. Parmi les effets notoires de ce recul, le retrait de la partie sociale et médico-sociale du texte relatif à l'organisation sanitaire et sociale adopté le 28 novembre 2019. Une partie des dispositions manquantes se font toujours attendre, et chaque interlocuteur de la collectivité consulté au cours de l'instruction renvoie la responsabilité de cette inertie à l'autre. Ce manque de coordination n'a pas facilité non plus la mise en place d'un dispositif unifié de suivi statistique de l'état sanitaire et social. Un recueil harmonisé des données suppose en effet la mise en réseau intégré d'outils informatiques dans les services du Pays, le CHPF, et à la CPS. Une avancée significative dans ces domaines aiderait au développement de la télémédecine dans les îles, toujours en phase expérimentale, alors que ce projet est annoncé depuis près de 20 années.

Par ailleurs, l'absence de choix politiques clairs concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes empêche l'émergence en Polynésie française d'une véritable filière gérontologique. Les manques sont nombreux et les effets importants : absence de schéma directeur, faiblesse des investissements, cadre règlementaire incomplet des structures d'accueil qui profitent, pour certaines d'entre elles de vides juridiques et de défauts de contrôles, et cohérence globale en question entre pensions de retraite et minimum vieillesse.

Le cadre stratégique en progression, mais qui reste incomplet a pu pénaliser l'action des services de la collectivité et des opérateurs. L'un des premiers effets est le rythme de production des équipements ou de leur rénovation qui est bien en dessous des prévisions affichées dans les budgets d'investissement de la collectivité. Au-delà de la perte d'opportunité de soutenir l'économie, ces retards peuvent être dramatiques pour les personnes fragilisées, lorsque sont considérées la vétusté de certaines structures d'accueil, ou l'absence même de possibilité de leur prise en charge (hébergements sociaux d'accueil). Si certaines contraintes techniques peuvent justifier de délais plus longs que prévus, comme cela semble être le cas concernant le pôle de santé mentale, la collectivité en ne mobilisant pas les moyens adéquats s'est elle-même placée face à une multitude de situations urgentes. Sur cet aspect, elle doit d'ailleurs améliorer la transparence de l'information budgétaire qu'elle publie, en veillant à faire apparaître dans ses rapports de performance les taux de réalisation, donnée anormalement absente à ce jour.

Enfin, le Pays, avec le concours de la CPS, a fait le choix d'étoffer significativement ses dispositifs d'aides au titre du fonds d'action sociale, en vue selon ses dires de répondre au mieux aux besoins, et d'harmoniser les dispositifs entre les trois régimes sociaux (RGS, RNS et RSPF). Il en résulte aujourd'hui une multiplicité d'outils. La volonté d'accompagner au plus près de leurs besoins les publics fragilisés a abouti à un foisonnement des dispositifs, plaçant les travailleurs sociaux du Pays dans une situation paradoxale : ils n'ont plus les capacités suffisantes pour conduire leur mission première, accaparés par les tâches multipliées de gestion administrative particulièrement chronophages. La complexité de l'aide sociale telle qu'elle est organisée a ainsi éloigné la collectivité des publics fragiles. A cet égard, la mise en place de la carte électronique de prépaiement Auti'a en phase de test en 2022 devrait s'accompagner selon la Chambre, d'un projet de simplification de l'architecture des aides et de la digitalisation des procédures internes et des services apportés. La Chambre invite la collectivité à reprendre la compétence de l'action sociale en totalité qu'elle avait délégué à la CPS.

Dans ces conditions, la Chambre ne peut qu'encourager le Pays à rationaliser sa gouvernance et à moderniser son cadre d'intervention, en veillant à affirmer une culture collective. Huit recommandations ont été formulées en ce sens.

Seule cette version fait foi.

PARAU PU'ŌHURA'A

Ua hi'opo'a te pū CTC i te fa'aterera'a tōtiare 'o te fenua mai te matahiti 2016 tae roa mai i teie nei. Ua hi'opo'a mātou i te pae 'o te pārurura'a tōtiare nō te ta'ato'a (te ea, te fa'atuha'ara'a, te 'utuāfare, 'e te turuuta'a). E pū'oi teie tuatapapara'a ,'e va'u tuha'a, i te hi'opo'ara'a tei rave a'ena hia i ni'a i te mau ha'a 'o te parurura'a tōtiare.

Noa atu, aita te pū e fa'ahiti i te mau tumu parau 'e te tānumerara'a mai te ea aore ra te 'ōhi'ohi'o'a, te vai ra rā, te tahi atu mau tuatapapara'a pe'ape'a a'e. I teie nei, aita te mau ha'amau'ara'a nō te pae 'o te ea i 'aifaito i te mau ha'amau'ara'a 'o te Fenua taratoni 'e te tahi atu mau fenua tipe'e, tera ra e nehenehe te tahi pae 'o teie mau 'ohipa e ha'afifi i te tuha'a 'o te ma'i poria, te māhōhā. E nehenehe i muri, e roa'a i te tahi 'aifaitora'a ia teie mau fenua. E riro ia teie i te ho'e ma'ara'ara'a 'o te hāmau'ara'a tōtiare. Mea pe'ape'a roa atu teie parau, nō te mea ho'i ē, nā te mau autaea'era'a 'a te mau rave 'ohipa, a te-feia aita e fatu 'ohipa e te Hau fenua e fa'a'ī nei i teie 'āfata. Te fifi nei ra teie 'āfata rave rahi matahiti i teie nei. Ua ino fa'ahou atu teie ti'ara'a ia te pararera'a te ma'i Tovi i te 'āva'e nō mati 2020, hou atu nō te mea aita 'e ha'amaita'ira'a o te papa ture tano. Nō te pahono i teie fifi, ua mā'iti te Hau fenua i te hō'ē tute 'āpi i te 27 nō te 'āva'e titema 2021, teie ra, e mārō ia te mau a'ora'a 'a te pū.

Ua ta'a maita'i te Hau fenua i te mau fifi e vai nei, e ti'a ra ia fa'anaho maita'i hia te mau ha'a 'o te ta'ato'a (fa'atere tei fa'a'ohie hia, 'e te mau fa'aturera'a 'āpi 'e pāpū maita'i), te ha'avī i te mau hāmau'ara'a 'e te ha'amau i te tahi ture fa'atere mātara maita'i. E nehenehe e parau e mea rū ia ha'amau hia i te tahi tāpura 'ohipa nō te ha'amau'ara'a tano 'e pāpū, ia 'au i te faito 'ihipararera'a ma'i 'e te faito 'o te turuuta'ara'a i te fenua nei. Teie ra, aita te Hau fenua e fa'ataiā i te fa'a'orera'a i te matahiti 2019 i te hō'ē ture tumu i ni'a i te hō'ē fa'aturera'a 'o te mau mā'ā monamona 'e te tihota. Te tia'i noa hia ra te hō'ē tuha'a rave'a nō te mau ma'i 'o te mau ruhiruhiā, aita te mau tuha'a e tī'a'au i te fa'aorara'a e fafau hia, Mea iti roa te fa'a'apira'a aore ra te tauira'a 'o te mau rave'a ma'i ia 'au i te mau fa'anahora'a i parau hia i roto i te mau tāpura faufa'a. Hou atu i te 'api 'ore ra'a i te pae 'o te moni, e nehenehe teie mau taere e ha'afifi i te mau ta'ata paruparu ia au i te tahito 'o te tahi mau pū, te tahi mau rave'a, aore ra, te fifi nō te pae 'o te ha'apae i te mau ta'ata e haere mau e rāpa'au. I ni'a i tera tuha'a, mea faufa'a e ariari i te mau numera 'o te tāpura faufa'a, ma te fa'afāura maita'i te faito 'o tei rave hia. Aita teie mau numera i teie mahana.

I te hōpe'a, ua fa'a'oti te Hau fenua 'e te Fare turuuta'a , ia ha'amou fa'ahou ā i te tahi atu mau tauturu 'āpi nō te pahono i te mau 'anira'a. Teie nei ra, ua rahi roa te mau tauturu, tāpiri mai i te fifi no te pae 'o te fa'anahora'a. E riro mai teie mau fifi ei fa'ata'a i te pū ia te mau ta'ata ruhiruhiā. E ti'a ia fa'aohie hia i te mau fa'anahora'a 'o te mau tauturu 'e e ti'a ato'a e tānumera 'i te mau rave'a i rotopū i te pū 'e i rapae. Tapiri mai ia te fa'aohipara'a i te tareta aufaura'a Auti'a, tei tamatamata hia nei i te matahiti 2022. Te a'o nei te pù CTC i te Hau fenua ia rave i raro a'e i tana fa'aterera'a te ta'ato'ara'a 'o te ha'a totiare tà na hoi i horo'a i raro'ae i te fa'aterera'a a te Fare turuuta'a.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1 : Insérer à partir du rapport annuel de performance 2023 l'équivalent d'une présentation comptable par terminaison, afin d'offrir aux élus les outils de comparaison pluriannuelle entre les projets affichés et les réalisations (montants, calendrier, et causes des retards éventuels).

Recommandation n°2 : Codifier à partir de 2022 le droit de la santé et de l'action sociale.

Recommandation n°3 : Présenter à l'Assemblée de la Polynésie française l'équivalent d'une loi de financement de protection sociale dès 2023.

Recommandation n°4 : Désigner dans tous les documents stratégiques, pour chaque action envisagée, un chef de file politique et un cadre responsable à partir de 2023.

Recommandation n°5 : Accompagner le projet de loi de financement de la protection sociale d'une étude socio-économique dont l'objet est d'évaluer a priori l'impact et la faisabilité des réformes à partir de 2023.

Recommandation n°6 : Prévoir un débat annuel distinct à l'Assemblée de la Polynésie française sur la trajectoire des dépenses sociales et sa soutenabilité à cinq ans à partir de 2023.

Recommandation n°7 : Installer, en lien avec les outils de la CPS, un observatoire partagé des dépenses sanitaires et sociales chargé de fournir une information documentée dans le cadre d'une politique de données ouvertes à partir de 2023.

Recommandation n°8 : Intégrer dans les *rapports annuels de performance* de véritables indicateurs de performance dès 2023.

L'Assemblée de la Polynésie française n'ayant pas donné réponse au rapport provisoire, la Chambre considère dès lors qu'elle ne conteste pas les recommandations l'intéressant, en particulier celles numérotées 1, 3, 5 et 6.

INTRODUCTION

L'examen de la politique sociale conduite par la collectivité de la Polynésie française a été inscrit au programme 2021 de la Chambre, pour les exercices 2016 à 2021. La chambre territoriale des comptes de la Polynésie française est compétente pour cet examen de gestion, en application des dispositions de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières.

Le périmètre retenu correspond pour l'essentiel à celui de la protection sociale généralisée (santé, retraite, famille, handicap, action sociale). Ce contrôle miroir de celui conduit en matière de prestations gérées par la CPS a pour objectif d'évaluer la qualité de la politique publique concernée du ressort du Pays, au regard du statut d'autonomie de la Polynésie française.

Cette politique a fait l'objet d'un précédent examen et a donné lieu à un rapport d'observations définitives publié en mai 2017 contenant huit recommandations. Seule la recommandation n°8 a été mise en œuvre avec la création du comité d'orientation et de suivi des retraites (COSR). La recommandation n°4, qui a donné lieu à la création de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) a été satisfaite partiellement, la communauté hospitalière étant restée au point mort.

n°1 : Donner une base réglementaire à l'obligation d'équilibre des comptes sociaux.

n°2 : Améliorer le pilotage financier de la protection sociale généralisée par une meilleure coordination entre la CPS, organisme de gestion, et le Pays, responsable des équilibres financiers et de la définition de stratégies en matière sanitaire et sociale.

n°3 : Affermir le rôle du service chargé en interne de l'évaluation des politiques sociales.

n°4 : Accélérer la réforme du pilotage des dépenses de santé, par la création d'une instance de régulation et la mise en place d'une communauté hospitalière polynésienne autour du CHPF, dont le principe est acté dans le schéma d'organisation sanitaire.

n°5 : Redéfinir les moyens de financement du risque maladie.

n°6 : Prendre une décision dès 2017 sur des mesures correctrices pour la tranche A du régime salarié des retraites visant à reculer l'horizon de viabilité du régime au moins à 2030.

n°7 : Mettre en œuvre rapidement des mesures correctrices pour le régime tranche B des retraites salariées visant à réduire le taux de rendement du régime.

n°8 : Maintenir un suivi technique régulier du régime de retraite des salariés, tranches A et B.

Le suivi des recommandations est intégré dans les parties afférentes du rapport.

Un entretien de début de contrôle a été organisé par le rapporteur au siège du ministère de la famille, des affaires sociales, de la condition féminine en charge de la lutte contre l'exclusion avec Mme la ministre Isabelle SACHET, le 11 février 2021, conformément aux normes professionnelles en vigueur.

Plusieurs questionnaires ont été adressés dans le cadre du contrôle, et des réunions de travail ont eu lieu avec plusieurs interlocuteurs sollicités en raison de leur implication dans la politique sociale de la collectivité.

Malgré la qualité du dialogue partenarial en lien avec les équipes du Pays, l'équipe de contrôle a néanmoins rencontré des difficultés récurrentes pour obtenir des réponses précises et fiables. Ce déficit d'information est à corréler avec les difficultés du Pays dans son approche interministérielle et interservices. Cette lacune se confirme par l'incapacité de la collectivité, en cours d'instruction, à formuler une réponse concernant l'état de son suivi des recommandations du précédent rapport de la CTC.

Le rapport relatif aux prestations sociales servies par la CPS a donné lieu à des observations sur la gestion du Pays, autorité de tutelle de l'organisme de gestion. Ces observations ne sont reprises dans le présent rapport qu'en tant que de besoin, les deux rapports étant complémentaires.

L'entretien préalable à la formulation des observations provisoires de la Chambre, prévu par l'article L. 272-61 du code des juridictions financières, a eu lieu le 8 février 2022 avec Mme la ministre Isabelle SACHET, qui a reçu délégation par courriel du président du gouvernement Edouard FRITCH le 2 février 2022.

A l'issue du délibéré du 17 février 2022, la chambre territoriale des comptes a arrêté ses observations provisoires.

Le rapport d'observations provisoires complet a été adressé le 9 mars 2022 au président du Pays, qui a donné réponse le 23 mai 2022.

En complément, neuf tiers mis en cause ont été destinataires d'extraits chacun en ce qui les concerne, dont une association qui a demandé une audition. Celle-ci s'est tenue à la Chambre le 23 mai 2022.

Le conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) a indiqué dans sa réponse que le rapport provisoire n'appelle aucune remarque de sa part.

La chambre a délibéré lors de sa séance du 2 juin 2022 les observations définitives reproduites ci-après.

Transmises à l'ordonnateur en exercice, celui-ci a usé de son droit de réponse.

1 UNE POLITIQUE PUBLIQUE QUI NE PARVIENT PAS À INFLÉCHIR UNE SITUATION PRÉOCCUPANTE

La protection sociale au sens de la protection sociale généralisée (PSG) recouvre un ensemble de mécanismes de prévoyance collective permettant aux individus de faire face à des risques sanitaires et sociaux[1] définis par la règlementation. Certains dispositifs sont porteurs de cohésion sociale, notamment ceux qui assurent la protection des personnes vulnérables (ex : mineurs en danger, personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap ou d'exclusion sociale).

La PSG s'accompagne d'une redistribution des ressources en faveur de la famille et des plus démunis (prestations et actions sociales). Son extension majeure en 1995 a également contribué à fournir en particulier un accès aux soins à l'ensemble des polynésiens.

En 2020, les mécanismes locaux de sécurité sociale permettaient de couvrir 99% de la population locale, un taux en constante augmentation sur moyenne période.

Tableau n° 1 : La population couverte par les régimes sociaux

Régimes sociaux	déc-16	déc-17	déc-18	déc-19
	nombre de ressortissants			
Salariés	161 146	165 271	163 868	164 597
Solidarité	58 265	60 687	64 373	64 625
Non-Salariés	22 578	17 339	17 440	17 164
Sécurité sociale	26 151	26 355	26 787	27 706
Total	**268 140**	**269 652**	**272 468**	**274 092**
Taux de couverture de la population	97,20%	97,20%	98%	98%

Source : CPS

Le taux de couverture de la population est à différencier toutefois de la qualité et de l'étendue de la prise en charge des risques, qui dépend aussi des prestations servies.

Même si les conditions de prise en charge, notamment en matière de santé, peuvent être considérées comme élevées en s'affranchissant notamment de l'éparpillement géographique du territoire grâce à des dispositifs de grande ampleur tels que les évacuations sanitaires, le système peut pour certains aspects apparaître fragmenté et porteur d'inégalités. Malgré des améliorations relevées au cours de la dernière décennie, l'appartenance à un régime plutôt qu'à un autre peut modifier les conditions de prise en charge à risque égal. Comme l'a mentionné le rapport de la Chambre relatif aux prestations servies par la caisse de prévoyance sociale (CPS), l'accès au fonds d'action social (FAS - aides à la personne) peut selon le régime social[2], dépendre ou pas des ressources.

[1] Vieillesse, maladie, invalidité, accidents professionnels, décès

[2] Régime général des salariés, régime des non-salariés, et régime de solidarité de Polynésie française.

Par ailleurs, certains champs sociaux ont du mal encore à faire l'objet d'investissements suffisants, en moyens humains et en infrastructures et services, comme le handicap et la grande dépendance (Cf. infra), alors que l'évolution de la société polynésienne tend à générer davantage de demandes.

1.1 Rappel de l'état des lieux de la situation sociale en Polynésie française

Comme la Chambre l'a développé dans son rapport relatif à la CPS en 2022, la situation sociale en Polynésie française apparaît comme préoccupante, ses principaux indicateurs étant défavorablement orientés. Ces tendances générales sont connues par la CPS et par le Pays, même si aucun panorama statistique d'ensemble n'est dressé, seules des études ponctuelles sectorisées sont produites.

Les dépenses de protection sociale au sens de la PSG, en augmentant deux fois plus vite que le produit intérieur brut (PIB) et huit fois plus rapidement que la population, peuvent être considérées comme un marqueur social de mutations profondes de la société polynésienne :

- le vieillissement accéléré de la population dû à la combinaison de l'augmentation de l'espérance de vie, de la chute de la natalité et du départ de Polynésie française de jeunes adultes, accroît le poids du coût des pensions de retraite. Ce mouvement démographique, s'il n'est pas traité suffisamment, pourrait remettre en cause les fondements mêmes de la solidarité intergénérationnelle ;

- les changements des modes de vie exposent une partie de la population, avec l'avènement de la société de consommation qui monétise les échanges et réduit les pratiques traditionnelles d'autoconsommation. Les statistiques en matière de pauvreté et de précarité, même si elles sont partielles, indiquent une hausse des effectifs des publics fragilisés pris en charge par la CPS, avant même la survenue de la pandémie ;

Fait aggravant, vieillissement et précarité économique s'accompagnent de mauvaises habitudes de vie en matière d'alimentation et de sédentarité. La combinaison de ces facteurs explique en bonne partie l'importance des maladies dites civilisationnelles liées au surpoids et à l'obésité (diabète, hypertension artérielle en particulier). La part de la population inscrite en longue maladie peut être considérée comme un indicateur de mauvaise santé. Entre 2010 et 2020, cette proportion a augmenté de 33%, pour concerner en fin de période 17% de la population. Pour rappel, la métropole, où la population est plus âgée, enregistre un taux de 17% des affections longues. Ces deux chiffres en apparence identiques traduisent plutôt une situation sanitaire inquiétante à Tahiti et dans les îles, étant donné que la longue maladie croît avec l'âge.

Ces constats qui indiquent une conjonction de facteurs très défavorables auraient dû placer le Pays en situation d'alerte.

1.2 Panorama financier : vers un risque de gonflement des dépenses par un effet de rattrapage à terme

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSMB)[3], qui totalise les dépenses qui concourent au traitement des malades, était de 66,4 Mrds F CFP[4]. La dépense courante de santé (DCS)[5], un indicateur plus large qui reflète l'ensemble des sommes dépensées au cours de l'année au titre de la santé, s'établissait la même année à 79,4 Mrds F CFP[6].

L'intensité des dépenses de santé en Polynésie française, en considérant les deux indicateurs que sont la CSMB et la DCS par habitant, est inférieure de près de 50% à celle constatées en France métropolitaine malgré des niveaux de prix souvent supérieurs[7], et est en-deçà d'un tiers des chiffres relevés en Nouvelle-Calédonie. L'écart observé serait ainsi expliqué en partie par un effet volume (nombre d'actes par habitants).

Il en résulte qu'un effet de rattrapage du volume de soins au cours de ces prochaines années est à craindre, à moins d'un retournement massif de la situation en matière de santé de la population en Polynésie française. Or, comme observé précédemment, la trajectoire, loin d'être améliorée, ne connaît même pas un début de stabilisation. La Chambre a choisi dans ces conditions d'examiner les déterminants de la politique de prévention de la collectivité, qui ne sont pas rassurants (Cf. § 3.5.).

Tableau n° 2 : Dépenses de santé par habitant en 2015, en F CFP

	Métropole	Polynésie française	Nouvelle Calédonie
CSMB / hab.	356 000	244 000	334 817
DCS / hab.	462 000	291 000	374 000

Source : Pays, INSEE

[3] Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements). Seules les dépenses qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé sont retenues. Ainsi, les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en institution sont exclues.

[4] Rapport IGAS n°2018-104R.

[5] Selon l'INSEE, la dépense courante mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle comprend l'ensemble des dépenses courantes effectuées par les entités publiques, privées et les ménages. Les dépenses en capital en sont donc exclues. Elle intègre en plus les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée et établissements d'hébergement pour personnes âgées), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

[6] Rapport IGAS n°2018-104R.

[7] A titre d'exemple, les nomenclatures des actes utilisées en Polynésie française ont leurs tarifs affectés d'un coefficient de majoration supérieur à 1,3.

Dans un contexte local tel qu'il est décrit, le Pays, pourtant, a indiqué au cours de l'instruction ne pas suivre d'indicateurs généraux, ni en matière de santé, ni concernant l'action sociale, au motif notamment de la multiplicité des budgets concernés. Cet argument n'est pas recevable. La collectivité doit renverser son approche, en affirmant une culture de résultats, l'organisation interne devant servir une politique publique et non l'inverse.

Plus généralement, la collectivité ne connaît pas le coût total annuel de la politique sociale en Polynésie française. Son estimation n'est certes pas facilitée par l'éclatement du périmètre entre plusieurs ministères (Cf. infra), et par la présence aux côtés du Pays de la CPS, acteur central dans le dispositif, mais la consolidation des budgets doit être un objectif. En l'état, l'addition des budgets du Pays et de ceux de la CPS n'offre pas une approche sûre, à cause de flux croisés peu identifiés, une partie des recettes de la caisse provenant de financements du Pays, lui-même financé pour certaines activités qui sont dépourvues de comptabilité analytique, par les régimes sociaux. A contrario, la CPS ne prend pas en charge tous les coûts. A titre d'illustration, une part des charges de fonctionnement du centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) est supportée directement par le Pays, ou par certains patients qui ne sont pas assurés par la CPS.

Faute de données fiables, une approche prudente mais qui reste incomplète consiste à ne prendre en compte que les dépenses de la PSG payées par la CPS (prestations servies). Le contrôle de la caisse avait permis, sur demande de la Chambre, d'obtenir un budget consolidé entre les régimes sociaux qu'elle prend en charge.

124,9 Mrds F CFP ont été servis sous la forme de prestations en 2019. La dépense sociale par habitant atteint ainsi 447 211 F CFP[8], dont la moitié est dédiée aux dépenses d'assurance maladie.

Tous les postes de dépenses sont à la hausse, hormis les prestations familiales, qui bénéficient de la baisse de la natalité. Avant la survenue de la crise sanitaire, le coût total des prestations servies par la CPS[9] a connu une croissance de + 13% entre 2016 et 2019. Ce résultat est une confirmation supplémentaire des tendances rappelées dans les observations précédentes.

2020 a connu une croissance des dépenses moins soutenue, le confinement instauré au second trimestre ayant provoqué une diminution des frais médicaux (- 1 Mrd F CFP) à cause d'un nombre moins élevé de rendez-vous. A contrario, l'année 2021 a été marquée par l'augmentation forte de la dépense sociale, soumise à un effet de rattrapage.

Tableau n° 3 : Évolution des dépenses relatives aux prestations servies par la CPS

en francs CFP	2016	2017	2018	2019	2020	*2021 (projeté)*
Sous-total prestations servies	110 533 893 944	113 199 563 527	118 597 092 933	124 906 084 373	126 658 365 600	133 171 936 719
taux de croissance annuel		2,4%	4,8%	5,3%	1,4%	5,1%

Source : comptes CPS

[8] 124,9 Mrds F CFP / 279 300 habitants au 31.12.2020 selon l'ISPF.
[9] Hors charges de gestion, charges financières et exceptionnelles.

1.3 Le surcoût provoqué par la crise sanitaire

La Polynésie française se caractérise par une forte concentration de l'emploi salarié. 2% des entreprises déclarées[10] représentent près de 60% du volume des cotisations recouvrées par la CPS.

En 2020 et 2021, la Polynésie française a dû faire face aux conséquences d'une crise sanitaire mondiale. Le territoire a connu deux confinements d'une durée respective de deux mois à partir du 20 mars 2020 et d'un mois en août 2021. La limitation des rotations aériennes et l'interdiction de l'arrivée des paquebots de croisières ont eu un impact certain sur le niveau de l'emploi. La dernière estimation disponible indique une contraction du PIB de 7,6% (source Institut de la statistique de Polynésie française – ISPF– août 2021).

Entre février et juin 2020, le nombre d'emplois salariés a ainsi diminué de 13% lié principalement à des destructions d'emplois et à des réductions du temps de travail. Cette baisse a eu des conséquences immédiates sur le financement de la protection sociale généralisée et plus particulièrement du régime général des salariés, plus de 94% des recettes de ce régime étant constituées de cotisations sociales soit 97 Mrds F CFP.

Ce constat est, en partie, à nuancer. Parmi les personnes occupant un emploi, 29% sont salariés du secteur public (État, Pays et communes). Les administrations représentent plus de 23% des cotisations, ce qui constitue un amortisseur partiel mais certain en cas de crise. Le commerce, les transports et l'hôtellerie-restauration représentent 35 % des cotisations du RGS.

En complément, en 2020, 2,6 Mrds F CFP ont été dépensés par la collectivité en section de fonctionnement au titre de la gestion sanitaire de la crise liée à la Covid, ainsi que 787 MF CFP au titre de l'investissement[11].

La ventilation des dépenses du Pays en 2021 indique que la dépense sanitaire estimée est de l'ordre de 3,4 Mrds F CFP. Concernant le volet social, le Pays a participé au financement des aides octroyées par les communes à hauteur de 38 MF CFP. Il a par ailleurs contribué à l'hébergement de personnes sans domiciles fixes à hauteur de 22,4 MF CFP. 200 MF CFP de crédits liés à l'aide alimentaire ont été versés entre le 20 mars et le 31 mai 2020, période de confinement, ainsi que 48 MF CFP d'aides liées à des dépenses d'hygiène et d'entretien. En outre, la gestion de la crise a impacté le budget fonctionnement de la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) à hauteur de + 10,6 MF CFP.

Enfin, à cause de difficultés de trésorerie sérieuses de la CPS, le Pays a anticipé le versement de 6,869 Mrds F CFP correspondant au reliquat dû au fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES), afin de solder le déficit cumulé de la branche assurance-maladie du régime général des salariés arrêté au 31 décembre 2010. Il a, de plus, effectué un versement supplémentaire à la caisse au titre du fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP) pour les aides à l'emploi de 3,73 Mrds F CFP ainsi qu'un versement supplémentaire au Régime de solidarité de Polynésie française (RSPF) de 555 millions F CFP.

[10] Soit 107 entreprises sur 5 948.
[11] Dont une subvention de 445 MF CFP au CHPF.

Le soutien exceptionnel aux comptes sociaux considéré dans son ensemble est ainsi estimé à hauteur de 11,154 Mrds F CFP. Ces chiffres, en l'état actuel des données disponibles, restent provisoires.

1.4 Un périmètre budgétaire partagé

L'élaboration du budget de la collectivité de la Polynésie française s'accompagne chaque année de la formalisation d'objectifs par champs d'intervention dans le projet annuel de performance (PAP), comme ceux de la santé et de la vie sociale. Le rapport annuel de performance (RAP) qu'il publie à vocation à indiquer les crédits consommés, et à présenter une série d'indicateurs.

Les dépenses et les recettes du budget général et des comptes spéciaux sont subdivisés dans la maquette budgétaire du Pays par mission, subdivisée par programme.

Les crédits budgétaires inscrits au sein des missions Santé et Vie sociale dépassent en partie le périmètre correspondant à celui de la protection sociale généralisé (PSG), pour y inclure la jeunesse et les sports, la protection de l'enfance, et le logement social. La maquette examinée présente également quatre fonds spéciaux : le fonds pour l'amortissement du déficit social (FADES), le fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP), le fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (FIPTH), et le fonds de prévention sanitaire et sociale (FPSS). Une partie des crédits inscrits à ces comptes spéciaux financent des prestations servies par la CPS.

1.4.1 La mission santé

En considérant les trois programmes constitutifs de la mission « santé », la dépense réalisée est de 11,2 Mrds F CFP en 2019 (2020 est atypique à cause de la prise en charge des surcoûts liés à la pandémie). Ce montant représente 2,73% des dépenses de fonctionnement et 1,4% des dépenses d'investissement du budget général de la collectivité en 2019.

La direction du CHPF a indiqué que le projet conduit par la direction de la Santé et par l'ISPF engagé avant 2017 et visant à créer un compte satellite de la Santé n'aurait pas prospéré, plaçant encore une fois le Pays dans l'incertitude quant au périmètre financier réel du secteur et aux effets des politiques publiques mises en œuvre. La création de l'ARASS a aidé à un début de clarification dans ce domaine.

Le PAP joint au rapport d'orientations budgétaires définit une série d'objectifs relatifs à la mission « santé » déclinés selon trois programmes : médecine curative, prévention, veille et sécurité sanitaire.

La permanence des programmes sur la période facilite la visibilité de la politique publique.

La collectivité consacre en fonctionnement la majeure partie de son effort budgétaire à la médecine curative (64% en moyenne sur la période). Cette priorité se confirme en matière d'investissements.

Tableau n° 4 : Les dépenses de fonctionnement du Pays (mission santé), en MF CFP

970 – mission santé		Compte administratif - Dépenses de fonctionnement					Moyenne	Part dans les ressources propres
Programme		**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2016-2020**	
970.01	Médecine curative	6 494	6 611	6 737	7 518	8 230	7 118	64%
970.02	Prévention	2 498	2 705	2 787	2 826	2 822	2 728	25%
970.03	Veille et sécurité sanitaire	545	690	824	870	3 118	1 209	11%
Total		9 537	10 006	10 348	11 214	14 171	11 055	100%

Source : comptes administratifs

S'il apparaît que les dépenses dédiées aux actions curatives sont difficilement réductibles, leur poids relatif pourrait diminuer par une ambition plus marquée en matière de prévention, même si cette ligne a augmenté depuis 2016 de +25%.

Tableau n° 5 : Les dépenses d'investissement du Pays relatives à la santé, en MF CFP

910 - Santé		Compte administratif - Dépenses d'investissement					Moyenne	Part dans les ressources propres
Programme		**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2016-2020**	
910.01	Médecine curative	384	314	584	975	1 893	830	65%
910.02	Prévention	473	373	55	34	504	288	23%
910.03	Veille et sécurité sanitaire	9	11	0	24	733	155	12%
Total		866	698	639	1 032	3 130	1 273	100%

Source : comptes administratifs

La collectivité a formulé trois orientations stratégiques prioritaires dans le PAP concernant le domaine de la médecine curative :

- la création et la mise en œuvre du dossier patient informatisé et des modalités de son partage entre professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients ;

- la poursuite de la prise en charge du cancer ;

- l'amélioration de la couverture de santé primaire notamment par une meilleure gestion des ressources humaines, l'évolution des compétences des infirmiers et la révision des modalités de conventionnement pour les professionnels libéraux.

A cela s'ajoute le développement de l'offre de santé mentale et des actions de prévention.

- Concernant le dossier patient informatisé (DPI) et des modalités de son partage entre professionnels de santé (dossier médical partagé – DMP) pour améliorer la prise en charge des patients

Les documents budgétaires évoquent le DPI. Il consiste en la création d'une base de données pour organiser l'information médicale par patient. Ce projet a vocation à remplacer les documents papier encore utilisés dans les structures de soins de la direction de la Santé et au CHPF. La collectivité entend rattraper son retard. Le CHPF a indiqué qu'il gère un DPI interne depuis les années 90. Le nouveau DPI, cette fois normalisé, est envisagé depuis 2016, sans qu'il soit encore finalisé. Le DMP prévu dans le schéma d'organisation de la santé (SOS) permettrait la mise en place d'un seul outil public/privé (Cf. le § 3.2.).

En 2021, les différents systèmes d'information des acteurs publics (direction de la santé, subdivisions, CHPF), celui de la CPS, et ceux des établissements et des professionnels de santé privés ne sont en effet que peu intégrés. La gestion administrative des prestations et des actes médicaux connaît des progrès : le référentiel d'identifiant unique du patient est en cours de déploiement avec la direction de la Santé, mais sans que sa retranscription règlementaire soit faite. L'utilisation des formulaires papier génère des procédures longues, un risque accru d'erreurs et un suivi médical perfectible, empêchant notamment l'émergence de la télémédecine.

Le SOS, élaboré en 2016, prévoyait à raison la mise à jour du schéma directeur des systèmes d'information en santé. Si l'actualisation du document est intervenue depuis, sa mise en œuvre en reste à ses balbutiements. Aucune des priorités principales alors définies n'a été ainsi concrétisée, malgré un niveau de difficulté parfois considéré comme « faible » pour certaines actions envisagées par les rédacteurs du SOS :

- la mise en œuvre des prérequis avec notamment un identifiant unique du patient, un répertoire organisationnel des ressources et un cadre d'interopérabilité ;
- la consécration du système d'information du CHPF comme le système d'information de la communauté hospitalière publique de la Polynésie française ;
- le déploiement d'une messagerie sécurisée permettant à l'ensemble des professionnels de santé d'échanger des informations ;
- le déploiement d'un système de gestion électronique des images médicales ;
- le développement la télémédecine ;
- la création d'un groupement de coopération sanitaire, associant acteurs publics et privés ;
- le choix d'une solution commune en matière d'hébergement de données de santé.

La plupart des projets n'avaient pas démarré avant la survenue de la pandémie en mars 2020. Depuis, les conditions rendues plus difficiles par l'engagement des équipes dans la crise du COVID-19 n'ont pas aidé au respect des ambitions fixées dans le SOS.

- Concernant la prise en charge du cancer

L'activité de soins en oncologie en établissement est présente depuis 2004 sur le territoire. C'est le CHPF qui réalise l'essentiel de la prise en charge.

Selon l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), 800 nouveaux cas de cancer sont identifiés chaque année. En 2020, la file active des patients adultes ayant bénéficié d'au moins une séance de chimiothérapie était de 809 patients, contre 651 en 2016.

Concernant l'hospitalisation complète, le service d'oncologie de huit lits connaît un taux d'occupation de 100 %. D'autres patients sont accueillis dans divers unités de l'hôpital, dans une proportion d'un tiers à la moitié selon les années. Sur la période, l'une des actions prioritaires du programme «offre de santé – médecine curative» est l'amélioration de la prise en charge des patients atteints du cancer. Il s'agit notamment de l'installation d'un PET-scan[12] au CHPF et de l'augmentation du nombre de journée dédiées à l'activité de chimiothérapie. Cet équipement ne serait pas opérationnel avant fin 2023, ce qui implique la poursuite des évacuations sanitaires internationales pour les affections correspondantes.

Suite au plan cancer et à la volonté de rapprocher les soins des domiciles des patients, une petite partie de l'activité de chimiothérapie a été délocalisée depuis 2018 dans les hôpitaux de Uturoa et de Taravao. La mise en place de la chimiothérapie dans ces établissements a permis d'éviter une partie des évacuations sanitaires en privilégiant des soins de proximité des lieux de résidence. En 2019, 664 séances de chimiothérapies, concernant 90 patients, ont eu lieu dans ces deux hôpitaux périphériques. Au cours de la même année, le CHPF en a réalisé 11 779.

En complément, le Pays souhaite installer un réseau de soins du cancer dans l'attente de la création de *l'institut du cancer de la Polynésie française.* Le 8 mars 2019, le Pays et l'institut national du cancer ont signé une convention cadre de coopération. L'ARASS a été identifiée comme pilote du dispositif lors du conseil des ministres du 3 juillet 2019.

Le projet d'institut du cancer a connu un premier développement en 2020 avec la signature de la convention entre le Pays et le groupement de coopération sanitaire *Unicancer* afin de bénéficier d'un appui technique. Un rapport de mission de mai 2020 a préconisé la création d'une structure de coordination en cancérologie. Les besoins requis évalués par le ministère de la Santé de quatre personnels n'ont pas été inscrits au budget 2020 de la collectivité.

Un texte portant création d'un établissement public à caractère industriel et commercial «Institut du cancer» a été adopté par l'arrêté n°1291 CM du 13 juillet 2021.

Cet arrêté établit un objectif ambitieux, celui de constituer un centre référent expert dans le domaine du cancer, notamment en observant la maladie, en améliorant la prise en charge globale des malades au plus près de leur domicile, en développant la recherche, l'enseignement et la formation, ainsi qu'en mutualisant les moyens techniques et en coordonnant les acteurs publics et privés impliqués dans la lutte contre le cancer. Les premiers recrutements ont été effectués en janvier 2022.

[12] Tomographie par émission de positrons.

Sur le contenu du projet, il sera nécessaire d'en définir les priorités opérationnelles afin d'évaluer en particulier les besoins en matière de démographie médicale spécialisée dans le domaine.

A cet égard, alors que la prévention de la santé des polynésiens et la maîtrise des coûts de santé sont des enjeux majeurs, les dispositifs actuels de dépistage sont incomplets. Le dépistage est dit «organisé» lorsque les pouvoirs publics proposent à intervalles de temps à une population ciblée de pratiquer régulièrement un examen.

L'amélioration du dépistage des cancers gynécologiques constitue une action prioritaire du programme «santé publique–prévention». Le dépistage gratuit pour ces cancers a été instauré depuis 2003[13]. En revanche, il semble que la collectivité ne se soit pas emparée du dépistage pour d'autres types de cancers.

Entre 2017 et 2020, moins de 50% des dépistages envisagés par le Pays ont pu être réalisés. Tous les cabinets de radiologie sont conventionnés depuis 2019 seulement (RAP 2019, page n°191). L'ARASS a constaté que les cancers sont dépistés plus tardivement en Polynésie française qu'en métropole, contraignant à des traitements plus lourds, avec davantage de chimiothérapies, et donc très probablement plus coûteux, et plus longs pour les patients[14].

- Concernant l'amélioration de la santé mentale

L'amélioration de la prise en charge des patients en santé mentale est affichée par le Pays comme une priorité au moins depuis 2003.

Il y a effectivement nécessité. Les données épidémiologiques rendues publiques par l'organisation mondiale de la santé sont préoccupantes, et sont d'ailleurs reprises, à raison, par l'ARASS : « A l'instar des autres îles du Pacifique, les indicateurs en matière de santé mentale en Polynésie française sont préoccupants et plus marqués qu'en métropole. Selon l'enquête «Santé mentale en population générale » conduite en 2015 sous l'égide de l'OMS, le risque suicidaire est estimé à 26% sur le territoire versus 13% en métropole, les dommages des conduites addictives sont estimés à 13% sur le territoire contre 4% en France métropolitaine pour la consommation d'alcool, à 6% contre 2% pour les drogues illicites.»

La Chambre a posé le constat dans son rapport relatif aux prestations servies par la CPS que les moyens dédiés à la psychiatrie sont quatre fois inférieurs à ceux déployés en Nouvelle-Calédonie, et six fois inférieurs en métropole, et que les conditions d'accueil en établissement ne sont pas satisfaisantes.

En effet, un manque flagrant dans l'offre de psychiatrie a été mis en lumière.

L'axe 3 du SOS 2016-2021 identifie comme l'une des priorités les plus prégnantes la nécessité de constituer une filière globale en matière de santé mentale et addiction enfants-adultes. Il s'agit en particulier de développer l'offre de santé mentale avec comme corollaire l'adoption d'un schéma directeur de santé mentale, la construction d'un pôle de santé mentale et la fusion des services concernés dans une entité juridique unique.

[13] Délibération n° 2003-173 APF du 6 novembre 2003 instituant un dépistage gratuit des cancers gynécologiques.

[14] Page 10 du dossier d'étude sur les indices en oncologie.

Le plan de santé mentale 2019-2023 « agir ensemble pour le bien-être en Polynésie française » a été adopté en mai 2019. Il fixe comme objectif que « l'ambulatoire doit devenir le mode privilégié pour la prise en charge ».

Le 27 février 2020, le ministre de la santé et de la prévention a saisi l'ARASS pour procéder à l'actualisation de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie dans le même temps que l'entrée en vigueur de la loi du Pays relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française. Dans cet objectif, il a demandé expressément que les orientations et actions du plan de santé mentale adopté en mai 2019 soient mieux prises en compte.

Dans l'attente d'une mise en œuvre véritable des nouvelles orientations favorables à l'accueil des patients en ambulatoire, depuis 2016, ce secteur continue à offrir des conditions d'accueil dégradées en espaces fermés.

Le CHPF est le seul établissement de Polynésie française autorisé en psychiatrie. En 2019, les taux d'occupation des lits et places étaient proches ou supérieurs à 100% pour certaines unités. Des moments de sur occupation sont signalés. Ils semblent moins fréquents qu'antérieurement mais affectent encore toutes les unités. Le CHPF a indiqué, concernant la psychiatrie adulte, que l'orientation thérapeutique qu'il pratique a évolué au cours de la période sous revue, en privilégiant les prises en charge extrahospitalières. Des travaux de mise aux normes et de rénovation du bâtiment du département de psychiatrie ont par ailleurs permis une amélioration des conditions d'accueil des patients.

Le Pays a pourtant décidé depuis 2003 d'étoffer ses structures de traitement fermées, cet objectif ayant été évoqué une première fois dans le SOS 2003-2007.

A la fin des années 2000, les besoins de prise en charge ont été évalués. En 2011 une convention de maîtrise d'ouvrage déléguée a été signée pour la viabilisation et l'aménagement du site de l'ancien hôpital Jean Prince[15].

Un concours d'architecte a été lancé en 2012 en vue de créer le *pôle de santé mentale*.

Ce pôle a vocation à regrouper les activités d'hospitalisation psychiatrique et de prise en charge ambulatoire, la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte et le centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie. L'espace libéré par la démolition de l'ancien bâtiment Jean Prince devait permettre en effet d'envisager le regroupement de ces services sur un même lieu.

Le projet a fait l'objet d'un dépôt de permis de construire en 2015. Son coût a été estimé à 3,5 Mrds F CFP. En 2016, le Pays a conclu un emprunt de 3,2 Mrds F CFP avec l'Agence française de développement (AFD) afin de financer l'opération de construction. Le pôle devait voir le jour en 2019. Un contentieux opposant le maître d'ouvrage délégué et l'entreprise de travaux de gros œuvre a provoqué la suspension dans l'exécution du chantier. Alors que les prévisions d'achèvement ont été reportées à 2023, la gouvernance du futur pôle de santé mentale et l'estimation des coûts de fonctionnement ne sont pas encore connus mi-2022, moment de la rédaction du présent rapport.

[15] Arrêtés CM n°136 du 3 février 2011 portant approbation de la convention de maîtrise d'ouvrage déléguée relative à la viabilisation et l'aménagement du site de santé mentale et action médico-sociale précoce et n°1749 du 29 novembre 2012 relatif à l'avenant n°1.

Ce nouvel ensemble de services doit comprendre selon le Pays une nouvelle unité d'hospitalisation semi-ouverte pour adultes d'une capacité de 20 lits et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel de 10 places. Il inclut un centre de crise pour adolescents, un centre médico-pédagogique, un centre d'accueil thérapeutique et un hôpital de jour pour les adolescents et pour les enfants, pour un total d'une soixantaine de places. Un centre d'aide médico-sociale précoce d'une capacité de 25 places doit compléter l'offre. En complément, une unité de prise en charge en toxicologie et addictologie avec une unité d'hospitalisation de moyen séjour de 12 lits et une consultation et prise en charge ambulatoire de 20 places est prévue.

Compte tenu d'une évaluation initiales des besoins de plus de 10 années, la Chambre s'interroge sur l'adéquation entre ces capacités envisagées et la demande actuelle qui devrait avoir sensiblement évolué.

- Concernant les autres orientations

Le Pays souhaite améliorer la couverture de santé primaire (soins essentiels accessibles à tous) et poursuivre la rénovation des structures de santé publique. A cet effet, les hôpitaux de Taravao et Uturoa ont fait l'objet de travaux de rénovations et de projet de reconstruction. Mais dans le même temps, des réductions des crédits de fonctionnement des hôpitaux périphériques pour 650 MF CFP et les dispensaires à hauteur de 350 MF CFP ont été observées dans le budget 2021. Cet arbitrage est discutable car il ne semble pas lié aux niveaux d'activité constatés dans ces établissements, éloignant le Pays de l'objectif de tendre vers un remboursement à l'activité réelle.

Par ailleurs, le coût global de la rénovation de l'hôpital de Uturoa a été estimé par la collectivité à 700 MF CFP. Cette opération a conforté la position de l'hôpital dans le système d'organisation des soins polynésiens.

Un projet de rénovation de l'hôpital de Taravao figurait dans le contrat de projets État/Pays 2008-2014. L'investissement était estimé à 60 MF CFP. En 2016 et au vu des retards constatés, le délai de l'opération a été prolongé d'un an. Le contrat de projets État/Pays 2015-2020 présentait cette fois un projet « Construction d'un nouvel hôpital de Taravao – Études de faisabilité » au titre de l'année 2019, répondant aux prescriptions du SOS 2016-2021. Le montant des études est estimé à 70 MF CFP[16]. L'une des actions du budget 2021 prévoit une nouvelle définition des besoins pour le nouvel hôpital de Taravao, notamment pour tenir compte de l'évolution démographique de la zone à couvrir constatée depuis 2008.

La collectivité envisage, par ailleurs, depuis quelques années, de restructurer l'offre en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)[17] en Polynésie française en favorisant en particulier la création d'un *pôle privé unique de santé* (axe 3.4 du SOS). Ce projet devrait selon elle présenter une offre complémentaire à celle du CHPF tout en rationalisant les coûts. Une première tentative de constitution d'un pôle privé unique est intervenue avec l'appel à projets publié au

[16] Arrêté n° HC 3014 DIE/BPT/vc.

[17] Le champ d'activité MCO comprend les séjours hospitaliers pour des soins de courte durée, ou des affections graves pendant leur phase aiguë. Les établissements chargés de la MCO pratiquent aussi communément les activités ambulatoires et parfois toute ou partie de la cancérologie. Les autres champs d'activité sont la santé mentale, les soins de suite et de réadaptation (SSR), et l'hospitalisation à domicile (HAD). Par convention, MCO, psychiatrie, SSR et HAD sont organisés chacun en ce qui les concerne par des règles spécifiques (tarification, gestion de l'information médicalisée, certification).

journal officiel de la Polynésie française le 26 mai 2017. Malgré deux projets déposés par des acteurs majeurs de la santé privée en Polynésie française, aucune proposition n'a été retenue.

Alors que le besoin d'un tel pôle prévoyant une mutualisation médicale, scientifique, technique et logistique est reconnu et affirmé dans les PAP successifs, aucun nouvel appel à projet n'a été lancé depuis. L'argument avancé par la collectivité est que la carte sanitaire, qu'elle a pourtant révisée en 2017, n'offrait pas toutes les conditions règlementaires pour mettre en œuvre un tel projet. Il a fallu attendre 2020 pour que ces manques soient comblés[18]. En 2021, un protocole d'accord a été signé entre le Pays et les trois cliniques privées de la place visant la création du pôle de santé unique.

En outre, l'amélioration de la structuration du secteur de la santé par la définition et l'enrichissement du cadre réglementaire est l'une des actions prioritaires du programme «offre de santé–médecine curative». Depuis la création de l'ARASS en 2017[19], l'objectif de mise à jour des textes est en cours. Des personnels de différents services du Pays y ont été affectés. Avec le temps, la stabilisation des effectifs de ce service devrait faciliter la réalisation des objectifs inscrits dans la programmation pluriannuelle des textes règlementaires, que la Chambre estime nécessaire, tout en recommandant pour aller plus loin, de codifier le droit social (Cf. le § 2.1.).

- Concernant le compte spécial de la prévention

Le fonds de prévention sanitaire et sociale (FPSS) a vocation à prendre en charge des actions de prévention ou d'accompagnement à la prévention dans les domaines social et sanitaire. Une partie de ses recettes est constituée par les droits de consommation sur le tabac.

Le volet social du FPSS représente une dépense plafonnée de 45 MF CFP[20]. Il contribue au financement du programme de la cohésion sociale (ex : le transport scolaire).

Concernant le premier volet, ce fonds a pour objet de financer la politique de prévention et de promotion de la santé en priorisant les efforts sur la lutte contre le surpoids et l'obésité, la lutte contre les addictions, les maladies émergentes ou ré-émergentes et toutes maladies associées impactant fortement les dépenses de santé.

En 2019, 56 % des crédits sanitaires soit 295 MF CFP ont été consommés. Concernant le volet social, seulement 19 % des crédits, soit 8 MF CFP ont été réalisés.

En 2020, année atypique à cause de la pandémie, 43% des crédits sanitaires de la section de fonctionnement soit 323 MF CFP ont été mandatés. Le taux de réalisation est en revanche de 80% en ce qui concerne les crédits de fonctionnement liés à la vie sociale.

La politique de la prévention est examinée infra (Cf. le § 3.5).

[18] Loi du Pays n°2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.
[19] Cf. l'arrêté n°1822 du 12 décembre 2017 modifié.
[20] 25 MF CFP pour la protection de l'enfance, 16 MF CFP pour la solidarité et 4 MF CFP pour la cohésion sociale.

1.4.2 La mission vie sociale

La mission « vie sociale » représente 4,1% des dépenses de fonctionnement et 1,4% des dépenses d'investissement en 2019. Elle enregistre l'ensemble des crédits se rapportant aux opérations liées à la protection de l'enfance (01), la solidarité (02), la cohésion sociale (03), la jeunesse (05) et les sports (06). Le périmètre de cet ensemble est plus large que celui couvert par les prestations de la PSG.

Tableau n° 6 : Les dépenses de fonctionnement du Pays relatives à la vie sociale, en MF CFP

971 - Vie sociale		Compte administratif - Dépenses de fonctionnement					Moyenne	Part dans les ressources propres
Programme		**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2016-2020**	
971.01	Protection de l'enfance	730	733	743	762	710	735	10%
971.02	Solidarité	1 149	2 985	1 507	1 483	3 942	2 213	29%
971.03	Cohésion sociale	2 393	2 453	2 293	2 339	2 408	2 377	31%
971.04	Accès au logement	679	738	720	887	1 065	818	11%
971.05	Jeunesse	256	265	282	282	244	266	4%
971.06	Sport	1 142	1 071	1 329	1 348	876	1 153	15%
Total		6 348	8 245	6 874	7 100	9 246	7 563	100%

Source : comptes administratifs

La collectivité consacre la majeure partie de son effort budgétaire à la cohésion sociale (31%), et à la solidarité (29%).

C'est le programme sport qui bénéficie en revanche de l'essentiel des investissements réalisés (94%).

Tableau n° 7 : Les dépenses d'investissement du Pays relatives à la vie sociale, en MF CFP

911 - Vie sociale		Compte administratif - Dépenses d'investissement					Moyenne	Part dans les ressources propres
Programme		2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020	
911.01	Protection de l'enfance	0	0	0	0	0	0	0%
911.02	Solidarité	0	0	2	17	8	6	1%
911.03	Cohésion sociale	16	17	0	2	0	7	2%
911.04	Accès au logement	0	0	0	0	0	0	0%
911.05	Jeunesse	3	5	29	3	13	11	3%
911.06	Sport	122	461	465	609	326	397	94%
Total		141	483	496	631	348	420	100%

Source : comptes administratifs.

- La protection de l'enfance

Les actions prioritaires du programme « protection de l'enfance » sont destinées selon le Pays à prendre en charge l'enfant en danger, et de favoriser les conditions de son développement permettant l'accès à la vie d'adulte dans de bonnes conditions. La collectivité se donne ainsi pour objectif de répondre aux besoins des placements administratifs et judiciaires des mineurs.

Cette politique n'est pas complètement déployée. Si les signalements sont facilités par la mise en place depuis 2019 du numéro de téléphone 119, la prise en charge et le suivi des enfants placés restent lacunaires. La collectivité doit veiller à mobiliser davantage ses ressources dans ce domaine sensible. La Chambre a formulé des observations relatives aux prestations sociales dans leur ensemble gérées par la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE), Cf. le § 4.2.

En complément, le Pays entend développer une action de promotion des principes de *l'éducation bienveillante* dans le but de réduire les risques de maltraitances et de violences envers les enfants et améliorer leur prise en charge. Les actions mises en œuvre visent principalement trois objectifs : l'orientation des adolescents en difficulté des communes éloignées de la zone urbaine, la promotion de l'exercice de la citoyenneté et l'insertion des jeunes en assurant la continuité territoriale des études. Un seul projet est à mettre à l'actif de la collectivité dans ce domaine, avec l'ouverture en décembre 2021 d'un institut thérapeutique éducatif pédagogique (ITEP) destiné à accueillir des enfants de 4 à 12 ans. Il s'agit de la construction d'un nouvel établissement, sous maîtrise d'ouvrage de la DSFE (permis de construire demandé le 6 août 2020). Installé à Moorea, d'une capacité de 12 places, dont 6 en internat, ce projet était évoqué depuis plus de 10 années. Si cette initiative va dans le bon sens, la Chambre regrette l'absence d'un cadre règlementaire mi-2022, date de rédaction du présent rapport. La suppression de cette lacune est annoncée d'ici la fin 2022. Il est certain en tout état de cause que l'offre reste à compléter, ne serait-ce que pour les jeunes âgés de 13 à 21 ans.

- La solidarité

Les actions prioritaires du programme « solidarité » ont pour ambition d'assurer aux polynésiens leur insertion sociale. Les aides peuvent correspondre au soutien à l'investissement avec par exemple la réhabilitation de structures d'accueil (Cf. infra).

Le Pays tente par ailleurs de créer et de mettre à jour un cadre règlementaire visant à professionnaliser l'action des organismes en charge du secteur médico-social. La collectivité ne parvient pas à conduire la réforme du régime des autorisations des établissements socio-éducatifs et médico-sociaux, qui n'existent toujours pas (Cf. le § 2.2.1.3).

Cette mission relève règlementairement de l'ARASS.

- La cohésion sociale

Les actions prioritaires du programme « cohésion sociale » entendent répondre aux demandes en matière de transport scolaires, de soutien aux activités de jeunesse et de sport et l'organisation d'événements ponctuels. En 2020, le budget prévisionnel relatif à la cohésion sociale était de 2,7 Mrds F CFP dont 2,2 Mrds F CFP de dépenses de fonctionnement hors personnel et 8 MF CFP de dépenses d'investissement.

- Le logement

L'action prioritaire du programme « accès au logement » est le basculement des crédits budgétaires liés à l'aide familiale au logement (AFL) de la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) vers le ministère ou le service en charge du logement.

La convention n°377-99 du 24 novembre 1999 relative aux actions de solidarité et de santé publique prévoyait le financement de l'aide sociale au logement entre le Pays et l'État. Cette convention n'a pas été renouvelée depuis 2004. Un dispositif, voulu comme transitoire, « Aide familiale au logement » a été mis en place en 2000 afin de ne pas créer de rupture et garantir l'accès au logement des catégories sociales les plus démunies. Le dispositif pérenne d'aide n'a toujours pas vu le jour.

Tableau n° 8 : Le budget AFL 2016-2020, en F CFP

	2016	2017	2018	2019	2020
Budget prévisionnel	277 500 000	550 000 000	444 000 000	385 000 000	302 461 307
Montant liquidé	277 478 958	201 466 719	188 121 538	384 987 714	401 707 538

Source : DSFE

Cette aide, qui perdure depuis 21 ans, est réservée aux locataires du parc de l'office polynésien de l'habitat (OPH). Au 31 décembre 2020, 1 121 locataires de l'OPH bénéficiaient de l'aide familiale au logement pour un coût total de près de 400 MF CFP sur l'année écoulée.

Cette aide mobilise, outre l'OPH, l'administration du Pays. L'office fournissait les éléments d'informations financiers (revenus, composition de la famille…) à la DSFE qui effectuait les opérations de liquidation du dispositif. La DSFE souhaitant ne plus assurer ce type de mission, la CPS a été évoquée un temps pour la remplacer. Au final, c'est la récente direction de l'habitat et de la ville (DHV), service qui relève du ministère du logement, qui a repris depuis 2022 le rôle de liquidateur des aides (près de 600 MF CFP). L'AFL représentait plus de 50 % du budget de fonctionnement de la DSFE en 2020.

Pour rappel, la Chambre dans ses rapports successifs concernant l'OPH et la politique du logement, a constaté une pénurie structurelle de logements sociaux. Nombreuses sont les familles nécessiteuses, à cause de la rareté de l'offre, qui n'ont pas accès au parc de logements sociaux, et qui ne sont donc pas hébergées correctement. Au surplus, elles ne bénéficient pas de l'AFL, réservée à celles qui ont la chance d'être logées par l'OPH. De fait, l'AFL constitue plutôt un outil de solvabilité des ménages, financé par le Pays, pour soutenir la situation financière de l'OPH en diminuant le poids des impayés.

Une solution intermédiaire semble avoir été identifiée par la collectivité, par le recours à une association. Le Pays s'appuie en effet sur l'association Agence immobilière sociale de la Polynésie française[21] (AISPF), qu'il subventionne, afin de proposer des solutions de logement hors parc OPH pour des personnes dont le revenu approche le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG). L'association administre et mobilise des logements auprès

[21] En 2021, le président de l'association est un ancien cadre dirigeant de l'OPH.

de propriétaires privés. Elle assure en partie le loyer laissant à la charge de l'occupant une participation financière équivalente à un tiers du loyer ou un tiers du revenu. Cette association fait l'objet d'un contrôle distinct de la Chambre.

En complément, les statuts d'une association en charge des personnes en grande difficulté ont été déposés le 17 novembre 2020 (Aveia Ora – association immobilière très sociale de Polynésie française). A ce jour, ses activités ne semblent pas avoir démarré. Les besoins des personnes en détresse ne sont dès lors toujours pas pris en charge comme il se doit.

- La jeunesse

Selon le recensement de 2017, les moins de 20 ans représentent 31% de la population. Les jeunes adultes (18-25 ans) connaissent un taux de chômage plus élevé que la moyenne. Les politiques publiques dans ce domaine affichent la volonté de maintenir la population jeune sur le territoire en créant des conditions favorables à leur employabilité.

10% des jeunes adultes quittent pourtant le territoire chaque année, soit un total cumulé de 4 500 entre 2012 et 2017.

Les actions prioritaires du programme « jeunesse » sont le développement d'actions d'insertion sociale et d'éducation populaire. Elles consistent notamment en l'accompagnement des associations de jeunesse pour 22,3 MF CFP, le soutien à de grandes manifestations pour 12 MF CFP, le développement de l'accueil en centres de vacances et de loisirs pour 32 MF CFP, ou encore l'accompagnement à la scolarité pour 6 MF CFP.

Par ailleurs, l'engagement bénévole et professionnel par la formation est favorisé. A ce titre, 7 MF CFP sont mobilisés en 2021, dont 6 MF CFP à destination de la formation initiale des acteurs de la jeunesse et un million de francs pour la montée en compétence des encadrants.

- Les financements indirects

Des dispositifs de solidarité sont cogérés entre le Pays et la CPS. La DSFE est ordonnateur des dépenses, alors que la caisse est le payeur. Ce sont les aides octroyées dans le cadre des trois fonds d'action sociale (FAS), ainsi que les subventions de fonctionnement versées aux établissements médico-sociaux et socio-éducatifs (ETAB) pour un total de 1,7 Mrd F CFP.

Le FAS est réparti entre les trois régimes : 152 MF CFP pour le FAS-RGS[22], 163 MF CFP pour le FAS-RNS[23] et 2,3 Mrds F CFP pour le FAS-RSPF[24] (Cf. infra). Ces fonds ont la même finalité, celle d'octroyer des aides à destination des personnes les plus en difficulté. L'octroi des aides est soumis à des conditions familiales et de ressources et est limité dans le temps. Elles ont vocation à répondre à des situations d'urgence ou d'extrême précarité. Il s'agit souvent d'une première aide à la personne qui constitue alors un outil d'intervention de la DSFE lui permettant d'identifier celles et ceux pouvant par la suite bénéficier de projets d'accompagnement social de plus long terme.

[22] Régime général des salariés.
[23] Régime des non-salariés.
[24] Régime de solidarité de Polynésie française.

L'évolution des montants alloués est corrélée au nombre de ressortissants de chaque régime social. Les inscriptions aux budgets FAS sont faites sous réserve de l'approbation a priori des différentes instances des régimes à la CPS.

En 2021, le budget prévisionnel du FAS-RSPF représente 2 516,9 MF CFP, le FAS-RNS 235 MF CFP et le FASS-RGS 240 MF CFP. Cette répartition confirme que la précarité touche aussi les salariés, ainsi que les travailleurs indépendants.

Les dépenses du FAS-RSPF se concentrent sur les prestations familiales, les frais de scolarité et les situations de handicap. Les dépenses du FAS-RNS concernent, à hauteur de 93%, les prestations d'aides à la scolarité.

Tableau n° 9 : Les budgets des FAS depuis 2016, en F CFP

Année	FAS-RSPF	FAS-RNS	FAS-RGS	Total
2016	2 622 800 000	48 000 000	1 646 000 000	2 670 800 000
2017	2 117 300 000	58 600 000	1 688 000 000	2 175 900 000
2018	2 054 500 000	160 610 000	1 677 000 000	2 215 110 000
2019	2 252 500 000	163 110 000	152 000 000	2 567 610 000

Source : DSFE, retraitement CTC

La gestion des aides au titre des trois FAS a fait l'objet d'une mention particulière dans le rapport de la Chambre relatif aux prestations servies par la caisse. Après le constat d'un foisonnement des aides prévues dans le cadre des trois FAS (151 dispositifs différents), la Chambre estime qu'il serait de meilleure gestion que la collectivité assume en totalité la compétence en matière d'action sociale (Cf. le § 4.2).

- Les investissements suivis par la DSFE

En 2021, la DSFE avait en charge la gestion de 16 opérations d'investissement dont 14 projets de construction ou de rénovation immobilières. Le montant annuel des crédits de paiement (CP) en 2020 soit 230,5 MF CFP suppose une réalisation des projets en moins de trois années. Le montant des autorisations de programme (AP) est de 541,4 MF CFP. Les effectifs limités[25], le nombre ainsi que l'ancienneté de certaines opérations[26] laissent apparaître un manque patent de moyens dédiés à la gestion des maîtrises d'ouvrage de travaux.

A défaut de moyens internes adéquats (Cf. le § 4.2.1), un ciblage plus strict de l'intervention publique par l'évaluation du bénéfice socio-économique attendu doit être envisagé dans les meilleurs délais.

[25] Moins d'un ETP.
[26] AP 12.2014.

Tableau n° 10 : Les opérations d'investissement suivies par la DSFE en 2021

Chap	AP	Titre	Montant AP MF CFP
901	12.2014	Construction de la circonscription d'action sociale de Moorea - Maiao	130 042 688
901	374.2017	Acquisition de matériel informatique pour le projet pilote e-DSFE	25 000 000
901	376.2017	Réhabilitation d'un fare OPH à usage de bureau DSFE anciennement destiné à une épicerie solidaire - Raïatea	19 632 750
901	377.2017	Acquisition de logiciels pour le projet pilote e-DSFE	50 000 000
901	443.2018	Réhabilitation des locaux de la circonscription DSFE de Arue	47 000 000
911	208.2018	Construction centre Tiai Nui Here - Etudes	15 910 000
911	209.2018	Création d'un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) - Moorea	13 622 580
911	210.2018	Construction d'un centre adapté aux handicapés Huma Here no Raromatai - Raïatea	23 496 000
911	211.2018	Construction du centre adapté aux handicapés Taure'a Hau à Bora Bora - Etudes	19 071 582
911	212.2018	Rénovation de l'immeuble Te Hotu	62 422 208
911	214.2018	Construction d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale - Etudes	62 240 000
911	398.2019	Construction d'un village communautaire (VC) - Etudes	20 000 000
911	399.2019	Construction d'un centre d'hébergement d'urgence (CHU) - Etudes	20 000 000
911	400.2019	Construction d'un centre de jour (CDJ) - Etudes	9 039 500
911	211.2020	Travaux d'extension et d'aménagement des locaux de la circonscription d'action sociale de Teva 1 Uta	8 946 568
911	212.2020	Equipements et travaux d'aménagement du Foyer des Jeunes Travailleurs (FJT) de la DSFE	15 000 000

Source : DSFE

Le président de la collectivité en fonctions a indiqué avoir inscrit une partie de ces opérations dans le plan de relance de la Polynésie française : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil de jour et village communautaire.

La Chambre prend acte de cette nouvelle réaffectation, mais insiste sur la nécessité de reconsidérer les moyens à mobiliser pour respecter les délais initiaux de ses programmes d'investissement.

1.5 Un portage administratif perfectible

Le débat d'orientation budgétaire tel qu'élaboré par le Pays présente une limite méthodologique majeure. En effet, y sont présentés seulement les dépenses mandatées sur N-2 et N-1 ainsi que l'état d'avancement des dépenses N. A aucun moment les dépenses exécutées sur N-2 et N-1 ne sont comparées aux différents budgets prévisionnels élaborés et votés. Or, la connaissance des écarts entre les projections et les réalisations budgétaires est un élément central dans le pilotage de l'action publique pour en apprécier l'efficacité. Cela vaut notamment pour la politique sociale.

Ainsi, l'assemblée de la Polynésie française ne peut qu'observer les variations annuelles des dépenses réalisées, mais elle ne dispose pas de visibilité sur l'amplitude de la dépense effectuée comparée à celle envisagée. Et pour cause, la sous-utilisation chronique des crédits comme cela est souvent le cas en investissement, est un indice d'un défaut possible de pilotage du gouvernement, élus et administration. Il s'agit d'un facteur significatif d'appréciation de la qualité dans la conduite de toute politique publique, qui dans les conditions actuelles, ne peut pas être appréhendée par les représentants à l'APF.

Une évolution de la présentation des éléments financiers doit être envisagée afin d'apporter une information complète à l'assemblée, qui sera alors en mesure d'interroger le gouvernement sur les causes des éventuels écarts. Cet effort de présentation ne pose pas de difficulté technique, il ne s'agit que d'un travail de mise en forme dans les documents budgétaires, qui pourrait ainsi être conduit pour le prochain budget.

La Chambre, pour les besoins de l'instruction, a dès lors examiné ces écarts.

- Concernant la santé

Tableau n° 11 : Taux d'exécution des dépenses relatives à la santé en fonctionnement, en MF CFP

970 – Mission Santé	Compte administratif - Dépenses de fonctionnement				
	2016	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Prévision budgétaire	9 003	9 030	9 610	10 646	10 576
Réalisation budgétaire	9 537	10 006	10 348	11 214	14 171
Taux de réalisation	**106%**	**111%**	**108%**	**105%**	**134%**

Source : comptes administratifs

Les taux de réalisation des dépenses récurrentes de santé de la section de fonctionnement du Pays sont élevés. La consommation annuelle dépasse même chaque année l'enveloppe budgétaire allouée. Au vu des montants, cela indique un vote de budgets inférieurs aux besoins. Il s'agira pour l'avenir d'améliorer le dialogue de gestion entre les ministères opérateurs et le ministre en charge du budget.

Le constat inverse peut être fait concernant la section d'investissement.

Le taux de réalisation des dépenses d'investissement relatives à **la médecine curative** ne dépasse pas 50%, hormis en 2016. En 2017, cette sous-exécution est notamment la traduction du retard dans la reconstruction et l'extension des bâtiments de formation sanitaire de Moorea-Maiao, du retard dans l'acquisition d'équipements en faveur du service oncologie au CHPF entrainant le report de la subvention liée. En 2018, ces deux projets ont à nouveau fait l'objet d'une absence d'exécution. En complément, le retard du projet de centre de santé et de prévention de Tahiti Iti Taravao s'ajoute aux retards accumulés.

En 2019, une meilleure exécution budgétaire en volume (+ 391 MF CFP) ne suffit que partiellement à améliorer le taux de réalisation, le montant des crédits de paiement délégués apparaît à un niveau élevé.

Le constat est similaire concernant les dépenses d'investissement liés à **la prévention**. Le retard dans la construction du pôle de santé mentale prévu dès 2017 impacte de manière importante les taux de réalisation budgétaire. Celui-ci n'est que de 3% en 2019.

Enfin en 2018 et 2019, le faible taux de réalisation des dépenses d'investissement lié à **la veille et à la sécurité sanitaire** est dû à la réalisation partielle (30%) d'un réseau de surveillance et de lutte anti-vectorielle, et au report de l'acquisition par l'institut Louis Malardé d'un équipement en faveur de l'anatomocytopathologie[27].

Tableau n° 12 : Taux d'exécution des dépenses de santé en investissement, en MF CFP

910 - Santé	Compte administratif - Dépenses d'investissement				
Programme	2016	2017	2018	2019	2020
910.01	Médecine curative				
CP délégués	8173	996	1516	2305	2687
CP mandatés	7894	314	584	975	1893
Taux de réalisation	97%	31%	39%	42%	70%
910.02	Prévention				
CP délégués	512	1252	1093	1035	1018
CP mandatés	473	373	55	34	504
Taux de réalisation	92%	30%	5%	3%	49%
910.03	Veille et sécurité sanitaire				
CP délégués	22	11	22	230	855
CP mandatés	9	11	0	24	733
Taux de réalisation	42%	100%	0%	10%	86%

Source : comptes administratifs

- Concernant la vie sociale

La consommation des crédits de fonctionnement est supérieure à 90% sur la période.

Tableau n° 13 : Taux d'exécution des dépenses relatives à la vie sociale en fonctionnement, en MF CFP

971 - Vie sociale	Compte administratif - Dépenses de fonctionnement				
	2016	2017	2018	2019	2020
Prévision budgétaire	6 575	8 704	7 545	7 719	9 848
Réalisation budgétaire	6 348	8 245	6 874	7 100	9 246
Taux de réalisation	97%	95%	91%	92%	94%

Source : comptes administratifs

[27] Spécialité médicale qui vise à l'examen des organes, des tissus ou des cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.

En investissement, le constat est globalement similaire à la situation constatée au chapitre 910 – Santé. Cela peut traduire à la fois la nécessité d'ajustements majeurs dans le pilotage et des lacunes dans le suivi de projets.

Tableau n° 14 : Taux d'exécution des dépenses relatives à la vie sociale en investissement, en MF CFP

911 - Vie sociale	Compte administratif - Dépenses d'investissement				
Programme	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
911.01	Protection de l'enfance				
CP délégués			20	10	
CP mandatés			0	0	
Taux de réalisation			**0%**	**0%**	
911.02	Solidarité				
CP délégués	3	3	150	139	115
CP mandatés	0	0	2	17	8
Taux de réalisation	**0%**	**15%**	**1%**	**13%**	**7%**
911.03	Cohésion sociale				
CP délégués	44	28	11	10	8
CP mandatés	16	17	0	2	0
Taux de réalisation	**36%**	**61%**	**2%**	**18%**	**0%**
911.04	Accès au logement				
CP délégués					
CP mandatés					
Taux de réalisation					
911.05	Jeunesse				
CP délégués	8	20	33	24	18
CP mandatés	3	5	29	3	13
Taux de réalisation	**35%**	**27%**	**86%**	**12%**	**74%**
911.06	Sport				
CP délégués	432	924	1 083	936	554
CP mandatés	122	461	465	609	326
Taux de réalisation	**28%**	**50%**	**43%**	**65%**	**59%**

Source : comptes administratifs

- Concernant la protection de l'enfance

Une autorisation de programme à hauteur de 96 MF CFP relative à la construction du nouveau centre Tiai Nui Here a été votée depuis 2014, en remplacement du foyer socio-éducatif de jeunes filles, vétuste, à Paea. Son ouverture était prévue en 2018. En complément, 20 MF CFP étaient délégués sur l'année. Aucune dépense n'a été mandatée depuis. En 2019, le montant de l'autorisation de programme a fait l'objet d'une diminution de 80 MF CFP pour n'atteindre que 16 MF CFP. 10 MF CFP sont délégués afin d'être consommés sur l'année. Une nouvelle fois, aucune dépense n'est mandatée.

L'ordonnateur dans sa réponse a indiqué que la phase d'étude a été engagée en 2021, mais sans en préciser l'échéance.

- Concernant la solidarité

Les dépenses d'investissement relatives à la solidarité concernent principalement les études, la construction et la rénovation d'établissements ayant pour but d'accueillir des publics en difficulté hors du champ de l'enfance. En 2017, seuls 15% des crédits délégués, soit 380 000 F CFP, ayant vocation à aménager et rénover l'institut d'insertion médico-éducatif (IIME), ont fait l'objet d'un mandatement. En 2018, seuls 1,46% des crédits délégués ont été dépensés. 2,2 MF CFP ont été mandatés alors que 140 MF CFP étaient prévus. Différentes opérations dont le financement a été voté n'ont pas démarré. Cela concerne la construction de deux centres adaptés aux personnes handicapées ou la réalisation d'études en vue de la construction d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). En 2019, le taux de réalisation de 13% correspond à des travaux de rénovation de bâtiments. Aucune nouvelle construction n'a démarré au cours de la période sous revue.

- Concernant la cohésion sociale

Seuls le réaménagement et la mise aux normes des foyers d'étudiants en métropole ont fait l'objet de crédits mandatés. Aucune dépense n'est intervenue concernant la lutte contre l'exclusion en zone urbaine, l'aide à la rénovation des crèches et garderies ou la rénovation des maisons de l'enfance.

En fin de période, la réduction du périmètre de l'activité à la seule rénovation des foyers en métropole contribue à afficher un taux de réalisation de 18%.

- Concernant la jeunesse et les sports

Hormis l'année 2017 au cours de laquelle le taux d'exécution de 86% apparaît satisfaisant, les taux sont particulièrement bas. Le Pays n'a procédé à aucune dépense d'équipement sur le programme jeunesse sur la période. Avait été inscrite la construction et l'aménagement d'un camp pour adolescents pour 25 MF CFP au budget 2016. Les dépenses réalisées ne sont constituées que de subventions aux associations. Enfin, les crédits annuels d'investissement du programme sport s'établissent autour de 50% de taux d'exécution sur la période.

Il résulte des constats précédents relatifs au programme d'investissement vie sociale que depuis 2016, au moins, les conditions matérielles d'accueil des publics en difficulté, et notamment les enfants, les femmes, et les personnes handicapées, n'ont pas bénéficié d'amélioration significative dans les établissements qui leur sont dédiés.

Plus généralement, les retards constatés dans les projets de construction ou de rénovation d'équipements sanitaires et sociaux peuvent certes, être la conséquence de difficultés techniques extérieures qui s'imposent à la collectivité maître d'ouvrage, mais la faiblesse persistante constatée des taux de consommation des crédits d'investissement renvoie à la qualité du pilotage et du suivi réguliers des différents projets. Par ailleurs cette insuffisance

présente l'inconvénient d'affaiblir l'impact de la commande publique sur l'économie locale. Davantage de projets publics participeraient à l'effet de levier sur l'emploi, source de recettes supplémentaires, notamment pour les régimes contributifs. En prenant un taux de réalisation des dépenses d'investissement de 80%, plus de 7 Mrds F CFP complémentaires auraient été injectés dans l'économie du Pays entre 2016 et 2020 au titre des projets sociaux.

En conséquence de ce qui précède, la Chambre formule la recommandation suivante :

Recommandation n°1 : Insérer à partir du rapport annuel de performance 2023 l'équivalent d'une présentation comptable par terminaison, afin d'offrir aux élus les outils de comparaison pluriannuelle entre les projets affichés et les réalisations (montants, calendrier, et causes des retards éventuels).

Le président de la collectivité en fonctions a indiqué avoir inscrit une partie de ces opérations dans le plan de relance de la Polynésie française : centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), centre d'accueil de jour, et village communautaire.

La Chambre prend acte de cette nouvelle organisation, mais insiste sur la nécessité de reconsidérer les moyens à mobiliser pour respecter les délais de ses programmes d'investissement.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Certains constats préoccupants en matière de santé et de précarité sont connus par la collectivité, même si elle ne dresse aucun panorama statistique général, obligeant la Chambre à compiler les études ponctuelles et sectorisées disponibles. Le Pays ne s'interroge pas davantage sur le coût total annuel de la politique sociale au sens du périmètre de la protection sociale généralisée (santé, action sociale, retraite). L'examen du budget de la caisse de prévoyance sociale (CPS) ne donne qu'une information partielle, ne recouvrant pas tout le périmètre. En ne reprenant que le domaine de la santé, une estimation de l'intensité annuelle de la dépense par habitant indique qu'elle est en deçà des niveaux calédoniens et nationaux alors même que la situation sanitaire locale peut être difficile sur certains de ses aspects en Polynésie française (obésité, santé mentale notamment). L'importance des besoins de santé non encore pris en charge qui peut être étendue certainement à l'action sociale, fait craindre à terme un possible effet de rattrapage, laissant augurer une augmentation tendancielle des dépenses sociales. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les comptes sociaux gérés par la CPS, qui sont financés par les régimes des salariés et des non-salariés et par le Pays, sont déjà en souffrance depuis plusieurs années. La pandémie survenue depuis mars 2020 n'a fait qu'accentuer brutalement la dégradation des comptes. La collectivité s'est ainsi trouvée dans l'obligation d'apporter son soutien exceptionnel, estimé au moment de la rédaction du rapport mi-2022 à 11,154 Mrds F CFP entre 2020 et 2021.

La maquette budgétaire concernée par le périmètre d'étude est composée de trois ensembles : un programme santé, un programme action sociale et des comptes spéciaux. Leur examen a permis d'identifier les projets annoncés, et d'évaluer leur état d'avancement. Si les projets inscrits en fonctionnement sont correctement réalisés sur la période examinée, le rythme de production des équipements ou de leur rénovation est bien en dessous des prévisions affichées. Ces retards peuvent être dramatiques, lorsque sont considérés la vétusté de certaines structures d'accueil, ou l'absence de possibilité de prise en charge, de personnes qui sont déjà en situation de fragilité. Si certaines contraintes techniques peuvent justifier de délais plus longs que prévus, comme cela semble être le cas concernant le pôle de santé mentale, la collectivité ne mobilise pas les moyens adéquats, face à une situation devenue au fil du temps urgente. Sur cet aspect, elle doit d'ailleurs améliorer la transparence de l'information budgétaire qu'elle publie, en veillant à faire apparaître dans ses rapports de performance les taux de réalisation, donnée absente à ce jour.

2 UN PILOTAGE EN VOIE DE PARCELLISATION

2.1 Un droit positif à renforcer

La collectivité de Polynésie française est l'autorité normative en matière de politique publique sanitaire et social.

À l'occasion de son contrôle des prestations servies par la CPS, la Chambre a dressé le constat d'un droit sanitaire et social au sens de la PSG très lacunaire et obsolète. Elle a d'ailleurs formulé comme recommandation celle d'adresser une demande formelle à la collectivité de la Polynésie française de codifier le droit de la santé et le droit social dès 2022.

Le droit positif dans ces deux domaines repose sur un corpus de textes de nature différentes et souvent entremêlés. Les sources du droit social sont nombreuses en Polynésie française ce qui n'est pas de nature à en favoriser son unicité, sa cohérence et son accessibilité.

Au demeurant, la collectivité n'a jamais pris le soin d'engager le chantier de codifier son droit social et de la santé. Cette compétence appartient pourtant explicitement au conseil des ministres. La Chambre rappelle que la codification du droit local est une responsabilité de la collectivité inscrite dans les statuts d'autonomie successifs depuis 1977[28]. Cette ancienneté et l'importance des enjeux justifient que le Pays soit pourvu en interne des compétences juridiques adéquates. Si tel n'est pas le cas, il doit prendre les dispositions nécessaires rapidement pour corriger ce manque, par des mobilités ou par des recrutements de cadres.

[28] 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.

Le retard pris depuis notamment la mise en œuvre de la PSG en 1995 n'a fait qu'ajouter à la difficulté de l'ouvrage. Le droit sanitaire et social, malgré son importance, est traité comme un droit résiduel.

Il est précisé, dans les *Orientations stratégiques 2016-2025*, que *«la production réglementaire accuse des retards et des lacunes dans un secteur en constante évolution, pénalisant les activités, les contrôles, les régimes d'autorisation, l'exercice des responsabilités ou l'application des droits des personnes».*

Le travail de simplification de la norme, notamment au bénéfice de l'usager du service, doit apparaître comme un sujet de préoccupation prioritaire. Apporter la garantie à l'accès au droit pour tous n'est pas superflue au regard des enjeux des politiques publiques considérées, et des publics concernés dont certains sont vulnérables.

En 2019, la mise en place du code de l'action sociale et de la famille apparaissait comme une priorité du ministère. A ce titre, devaient être traitées : le statut d'aidant familial, l'adoption, les familles d'accueil thérapeutiques ainsi que l'agrément des associations d'insertion par l'économie. Certains points font d'ailleurs partie des engagements internationaux, comme la protection de l'enfance. Le principe de la famille d'accueil thérapeutique est posé depuis 2003[29]. En outre, quelques dispositions du code de l'action sociale et des familles national ont été rendues applicables en Polynésie française depuis 2000[30]. Le travail de consolidation conduit par le Pays n'a pas été poursuivi depuis 2016, malgré les évolutions constatées. Au surplus, la collectivité a indiqué que des dispositions sont manquantes en Polynésie française concernant ce champ, sans qu'elle ait pris les mesures correctives correspondantes.

Cette absence de codification des textes législatifs et réglementaires entraine une difficulté de mise en œuvre et une insécurité juridique pour les acteurs de la politique publique. Compte tenu des retards cumulés, un portage politique volontariste au plus haut niveau apparaît nécessaire à la rédaction d'un code de la santé et de la solidarité à court terme.

Recommandation n°2 : Codifier à partir de 2022 le droit de la santé et de l'action sociale.

Le président de la collectivité en fonctions a indiqué qu'il prévoit de dresser un état des lieux de tous les textes et des dispositions manquantes. Si ce projet va dans le bon sens, la Chambre rappelle la nécessité que ce travail soit abouti sous la forme d'un code de l'action sanitaire et sociale.

[29] La délibération n° 2003-15.

[30] Ordonnance n° 2000-1249 du 21 décembre 2000 relative à la partie Législative du code de l'action sociale et des familles ; JOPF n°3 du 18 janvier 2001.

2.2 Des moyens d'intervention à rationnaliser

En 2016, l'assemblée de la Polynésie française constatait à l'occasion de l'élaboration des orientations stratégiques de la politique de la santé, des insuffisances dans le pilotage, la régulation et les processus de décision en matière de santé et de solidarité[31]. Chaque acteur, autorité politique, direction, organisme de gestion présentait des lacunes de nature à rendre défaillante l'organisation et la mise en œuvre de la politique publique du Pays.

Les services du gouvernement constataient eux-mêmes en complément l'absence de planification et d'évaluation des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (Cf. le diagnostic du schéma d'organisation sanitaire).

Certaines composantes ont été améliorées depuis, notamment en matière de planification, mais les conditions dans lesquelles les moyens mobilisés par la collectivité restent encore en-deçà des attentes, compte tenu des enjeux.

2.2.1 Des prérequis à peaufiner

2.2.1.1 La conduite des actions sectorielles

Le pilotage de la politique sociale au sens de la PSG relève du Pays qui a notamment la compétence d'établir la norme et de structurer l'action. Ce pilotage mériterait à titre principal d'être amélioré en identifiant clairement un responsable par action sectorielle lorsque celle-ci concerne plusieurs ministère et/ou services du Pays, ce qui, par nature en matière de politique sociale, est très souvent le cas.

L'organisation de la gouvernance du Pays se décline depuis fin 2020 en plusieurs ministères concernés par la politique sociale : le ministère de la santé et de la prévention, le ministère de la famille, des affaires sociales, de la condition féminine en charge de la lutte contre l'exclusion, et le ministère des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la PSG et de la coordination de l'action gouvernementale (Cf. infra au § 2.2.1.2).

En la matière, la coordination gouvernementale souffre de l'émiettement des centres de décision, faute notamment de dynamique interministérielle véritable. Cette situation contribue à l'affaiblissement du pilotage global de la politique publique examinée. A cet égard, la mise en œuvre du schéma d'organisation sanitaire ne semble pas présenter le même degré de priorité selon les ministères. Les dispositifs sanitaires et sociaux votés en conseil des ministres ne sont pas forcément accompagnés des crédits afférents. A titre d'illustration, les financements de l'hôpital de Taravao ainsi que du scanner de l'hôpital d'Uturoa ont été un sujet récurrent d'échanges entre prescripteurs et opérateurs. Le ministère de la santé soutenait ce projet, dans une logique de proximité du service de santé, alors que le ministère des finances s'y opposait, rejoint en cela par la CPS. Au final, ce type d'équipement a été acquis en 2018, sans inscription des financements au budget. Autre exemple, l'ARASS, service administratif du ministère de la

[31] Délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé. Page 2

santé et de la prévention définit son programme annuel de travail en lien avec le ministre. Ce positionnement entraine une influence asymétrique entre le ministère de la santé et de la prévention, le ministère des finances en charge de la PSG, et le ministère de la famille et des solidarités sur ses priorités de travail. Cette organisation a eu pour conséquence une marginalisation de l'action sociale au sein de l'ARASS. En vertu du principe d'exclusivité de l'exercice des compétences administratives, le ministère en charge de l'action sociale ne peut pas passer outre l'ARASS afin de réaliser lui-même certains travaux attendus comme le schéma directeur des établissements relevant de la sphère sociale.

La Chambre estime sur cet aspect qu'il serait peut-être de meilleure gouvernance de rassembler dans un ministère unique la conduite de la politique sociale au sens de la PSG. La gouvernance de la CPS et de l'ARASS notamment gagnerait en clarté, et les partenaires extérieurs comme les professionnels de santé, ou bien le CHPF, retrouveraient un seul interlocuteur, comme ce fut le cas en 2017 pour la période la plus récente.

A défaut de la création d'un ministère de la santé et de solidarité, l'affirmation de la coordination des différentes politiques sectorielles apparaît indispensable, sans toutefois en constituer le remède absolu. L'arrêté n° 1420 CM du 30 juillet 2021 permet à ce titre la création de délégués interministériels dont la fonction est de favoriser la mise en œuvre d'un élément de politique publique par une coordination nécessitant une forte mobilisation transversale.

A été nommée depuis le 26 avril 2017 dans le champ sanitaire et social, une déléguée interministérielle au handicap. Pour les autres composantes sectorielles examinées dans le présent rapport, aucune initiative dans le même sens n'a été engagée.

La politique de prévention, en particulier, qui se caractérise par une tonalité transversale prononcée, pâtit de l'absence de chef de file permettant d'assurer une coordination et une lisibilité globale de l'action.

L'intervention du Pays (par l'ARASS, la Direction de la Santé, la DSFE en première ligne), de la CPS, des communes et d'acteurs privés interroge sur l'équilibre institutionnel permettant une approche concertée et coordonnée sur le sujet. La question du portage à la fois politique et technique est déterminante. A fortiori, une politique de prévention ne peut se penser que sur un temps long à l'échelle d'une génération. De plus elle ne se conçoit que par une approche interministérielle qui dépasse le champ sanitaire et social (équipement, agriculture, économie, éducation, jeunesse et sports…).

L'initiative de nommer des délégués interministériels ne produira ses effets en tout état de cause que si ce cadre bénéficie d'un portage politique de premier ordre de la part du président de la collectivité. La Chambre sera attentive aux conditions de ces délégations.

La dispersion constatée dans la gouvernance renforce la nécessité de proposer l'équivalent d'une loi annuelle de financement de la protection sociale regroupant l'ensemble des crédits destinés au financement de l'action sanitaire et sociale. Ce n'est pas le cas, malgré les recommandations déjà formulées par la Chambre dans ce domaine.

Au-delà de constituer un remède à la parcellisation d'une politique publique à fort impact sur la vie quotidienne des polynésiens, ce nouveau mécanisme d'allocation et de répartition des crédits budgétaires faciliterait la permanence des méthodes et la garantie des financements. Elle inviterait aussi de facto le Pays à définir un périmètre d'action cohérent. Elle aurait au surplus la vertu de la transparence et aiderait à évaluer l'efficacité du système déployé en tenant compte de son équilibre financier à la fois par composante et dans un format consolidé. La pertinence de cette loi de financement sera garantie notamment par la prise en compte de la recommandation n° 1 inscrite au présent rapport, en vue de communiquer aux élus, à côté des montants réalisés, les montants prévisionnels initiaux.

Recommandation n°3 : Présenter à l'Assemblée de la Polynésie française l'équivalent d'une loi de financement de protection sociale dès 2023.

2.2.1.2 La gouvernance évolutive de la politique sociale

Au cours de la période sous revue, la tutelle ministérielle a été changeante. Initialement rattachée en 2016 au ministère du travail, des solidarités et de la condition féminine, mais dépendante aussi du ministère de la santé, la politique sociale a bénéficié d'un chef de file unique entre 2017 et 2018, avec un ministère qui regroupait la santé et la solidarité. Cette organisation était plutôt favorable au développement d'une politique cohérente. Il y a eu disjonction entre santé et solidarité à partir de 2018.

Tableau n° 15 : Évolution de la tutelle ministérielle

Année	Ministères en charge de la politique sociale	Ministre
08.03.2016	ministère du travail, des solidarités et de la condition féminine	Tea FROGIER
13.01.2017	ministère des solidarités et de la santé, en charge de la PSG, de la prévention et de la famille	Jacques RAYNAL
23.05.2018	ministère de la santé et de la prévention, en charge de la PSG	Jacques RAYNAL
	ministère de la famille et des solidarités, en charge de l'égalité des chances	Isabelle SACHET
Depuis le 17.09.2020	ministère de la famille, des affaires sociales, de la condition féminine, en charge de la lutte contre l'exclusion	Isabelle SACHET
	ministère des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la PSG et de la coordination de l'action gouvernementale	Yvonnick RAFFIN
	ministère de la santé, en charge de la prévention	Jacques RAYNAL

Source : sites institutionnels, avant le dernier remaniement en date du 21 février 2022

A partir du 17 septembre 2020, la PSG n'est plus rattachée au ministre de la santé, en charge de la prévention. La tutelle est exercée par le ministre des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la PSG et de la coordination de l'action gouvernementale.

La première version de l'arrêté portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement[32] prévoyait la tutelle de l'ARASS par le ministre des finances et de la PSG. L'acte a été corrigé aussitôt[33], pour la replacer auprès du ministre de la santé. La difficulté de placer l'ARASS confirme l'impossibilité fonctionnelle de dissocier politique de santé et sociale et tutelle de la PSG.

L'élaboration de la politique de la santé dépend du ministère de la santé qui a autorité sur l'ARASS, dotée de prérogatives étendues en la matière (régime des autorisations, nomenclature des actes médicaux notamment). Les aspects budgétaires et financiers concernent le ministre des finances et de l'économie tandis que les actions liées à la cohésion sociale, notamment celle du régime de solidarité de la Polynésie française, relèvent du ministre de la famille, des affaires sociales, de la condition féminine en charge de la lutte contre l'exclusion. Cette organisation est de nature à créer des difficultés entre les différents acteurs de la chaîne de décisions qui fragilise la politique publique, et n'est pas sans conséquence sur la clarté des messages du Pays avec les partenaires privés, et avec la CPS.

Une tutelle disposant d'un périmètre suffisamment étendu et stable permettrait de mieux établir une permanence des processus entre le ministère unique et les opérateurs publics et privés, dont la CPS, gestionnaire. Cela contribuerait de surcroît à une normalisation de l'information qui serait dès lors moins centrée sur une approche comptable et financière annuelle comme c'est trop souvent encore le cas à ce jour.

2.2.1.3 Des orientations structurantes parfois restées au stade de l'annonce

La collectivité de la Polynésie française ne dispose pas de cadre normatif pour l'ensemble de sa politique sociale.

L'analyse des besoins comme outil préalable à la planification de la politique publique n'apparaît pas non plus constituer un réflexe de gestion systématique.

Avant 2016, le schéma d'organisation sanitaire en vigueur portait sur la période 2003 à 2007[34]. Son application partielle a amené l'APF à se prononcer sur la poursuite de sa mise en œuvre en le prorogeant sur la période 2008 à 2012[35]. Au cours de cette deuxième période, son exécution n'a pas fait l'objet d'une présentation d'étape aux élus de l'Assemblée. Par la suite, la politique de la santé n'a pas été adossée à un schéma d'organisation jusqu'en 2016.

[32] Arrêté n°717 PR du 17 septembre 2020.
[33] Arrêté n°727 PR du 17 septembre 2020.
[34] Délibération n°2002-170 APF du 12 décembre 2020.
[35] Délibération n°2008-75 APF du 8 décembre 2008.

Depuis 2016, deux documents stratégiques adoptés par l'assemblée de la Polynésie française relevant de la politique sanitaire et sociale sont déployés :

- Le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021[36], adopté le 16 février 2016 ; fin 2021, le Pays estime dans son bilan, avec une vision optimiste, que la moitié des actions prévues ont été réalisées.
- Le plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille[37], adopté le 27 octobre 2016.

Le SOS est présenté comme la déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques 2016-2025[38]. Il a, dans les faits, été conçu suite à une demande de l'État en 2015 en contrepartie de son soutien financier au RSPF (Cf. le § 2.1.3.). Ce document, rédigé par un cabinet de consultants, affiche une ambition forte qui n'est décliné que partiellement par des plans d'actions et des indicateurs de suivi. A cause de certaines formulations générales, la tangibilité de certains objectifs et du résultat final espéré apparaît parfois incertaine. Cette situation a rendu indispensable leur déclinaison sous la forme de plans directeurs sectoriels dont la vocation est de dresser l'inventaire des projets à conduire sous un format opérationnel (calendrier, chef de file, partenaires, budget, indicateurs de suivi et de performance…).

A cet égard, la collectivité n'a pas ménagé ses efforts, en rédigeant huit plans et un schéma[39] dans le domaine de la santé. Le SOS n'en prévoit à l'origine que deux. Cet écart peut indiquer une préparation du SOS incomplète et trop rapide. Certains périmètres ont évolué, comme le schéma de prévention du surpoids et de l'obésité, devenu le schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022, rédigé en 2017.

L'absence de désignation formelle de chefs de file par action à l'intérieur des documents programmatiques permettant une responsabilisation des différents acteurs a fragilisé son portage. Cette faiblesse qui doit être corrigée à l'avenir fait l'objet d'une recommandation en fin d'observation.

Par ailleurs, le nombre élevé d'objectifs adossés pour une majorité d'entre eux à un calendrier réduit, est incompatible avec la temporalité courte retenue (2016-2021) compte tenu des difficultés techniques inhérentes à certains projets. Dans ces conditions, la réalisation du schéma dans les délais impartis a été peu réaliste dès sa conception. Tous les plans (8 plans et un schéma) ont été produits en 2019, pour une durée de mise en œuvre entre 2019 et 2023. Le SOS n'a donc pas intégré les délais préparatoires de trois années jusqu'en 2019, remettant en cause d'emblée son propre calendrier.

[36] Délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.

[37] Délibération 2016-99 APF du 27 octobre 2016.

[38] Délibération n°2016-11.

[39] Ex : Plan Cancer Polynésie 2018-2022, Plan de Santé Mentale 2019-2023, Schéma directeur et programme d'actions polynésien pour le développement des activités physiques adaptées 2019-2023, Programme d'actions de lutte contre les addictions en Polynésie française 2019-2023, Programme de lutte contre les maladies tropicales négligées en Polynésie française 2019-2023, Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023, Programme de lutte contre le RAA en Polynésie française 2019-2023, Programme de Modernisation des Soins de Santé Primaires de Polynésie française 2019-2023.

Dans ces conditions, la collectivité n'a pas eu d'autre choix que de proroger le SOS conçu en 2016 jusqu'à la publication du suivant, prévu sur la période 2022-2028[40].

Le Pays a indiqué que le cabinet du ministre de la Santé et de la Prévention coordonne l'écriture d'une nouvelle mouture du SOS, qui devrait aboutir en décembre 2022, par son adoption à l'Assemblée de la Polynésie française (LP 5 de la LP 2020-4).

Considérant les difficultés constatées en 2016, la Chambre invite la collectivité à améliorer ses méthodes de préparation, en particulier sur le degré de réalisme du calendrier prévisionnel, les estimations budgétaires et l'appropriation par les différents acteurs des mesures. Sur ce dernier aspect, le recours encore une fois à un consultant en 2022 n'y est pas favorable. La Chambre estime qu'il serait de meilleure gestion de mobiliser les talents présents dans les ministères et dans les services pour conduire cette phase cruciale. La structuration des politiques publiques fait partie du cœur de métier de la collectivité qui doit adapter en conséquence ses ressources internes pour y parvenir en autonomie assumée.

Quelques avancées techniques sont néanmoins intervenues par ailleurs.

Le schéma directeur stratégique du système d'information de santé de la Polynésie française évoqué lors de la réalisation du SOS a été rédigé en 2016, mais ce n'est qu'en 2021 que le Pays a accordé une subvention de 270 MF CFP au centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) pour l'acquisition de logiciels et de matériels informatiques. Cette opération répond au développement du dossier patient informatisé (DPI), mesure présente dans le schéma d'organisation sanitaire.

Par ailleurs, il n'existe aucun schéma de la télémédecine même si une expérimentation est en cours depuis 2020 dans 11 structures de la Direction de la Santé. La Chambre relève que cette expérimentation intervient 18 ans après le schéma d'organisation sanitaire 2003-2007 adopté le 12 décembre 2002 qui préconisait l'utilisation du dispositif. Le schéma directeur d'aménagement numérique de la Polynésie française a été produit sous couvert de la présidence en février 2017. Ce document mentionne parmi 12 propositions celle de connecter en très haut débit les principaux établissements publics du Pays dont les services publics de santé (n°5), et développer un système de santé innovant prenant appui sur la télémédecine et les réseaux de santé.

La Chambre estime que le retard pris dans le projet de télémédecine n'est pas imputable seulement au déploiement progressif des connections haut débit dans les îles, mais est dû en bonne partie aussi aux difficultés que rencontre le Pays à moderniser ses propres équipements numériques au sein de la direction de la Santé et au CHPF, qui empêche l'avènement d'un système d'information partagé.

La CPS tout en indiquant que les assises de la santé démarrées en juin 2022 devraient traiter de ce sujet, a fait état d'une réunion bilan organisée avec les services du Pays et les ministères concernés le 25 avril 2022. La question de la répartition des rôles y a en particulier été abordée. La Chambre prend acte de ces discussions, préalables à tout déploiement effectif de la télémédecine.

[40] Article LP. 81 de la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

Concernant le plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille, un premier comité de pilotage, sous l'égide du Pays, regroupant des acteurs publics et des personnalités représentatives de la société civile a été réuni en 2016. Il a contribué à la définition d'un plan d'actions relatif à la politique de la famille. Il se donnait alors pour mission de fournir un document programmatique qui *« ne soit pas un catalogue d'actions et de projets mais bien un véritable document stratégique »*[41].

Ce comité a identifié 130 actions visant à la reconstruction du lien social intrafamilial. Parmi les mesures envisagées figurait le maintien à domicile des personnes âgées. Par ailleurs un meilleur suivi des grossesses et la mise en place d'une allocation pour famille monoparentale ont été évoqués.

Malgré la volonté de concertation affichée au cours de l'élaboration du plan, le CESEC a été, une nouvelle fois, saisi selon la procédure d'urgence lors de l'élaboration de la délibération citée infra. Cette pratique institutionnelle récurrente n'est pas de nature à favoriser la sérénité d'un dialogue institutionnel.

La délibération n°2016-99 APF du 27 octobre 2016 porte approbation du plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique de la famille. Ce document est lacunaire, dans la mesure où il ne prévoit ni durée d'exécution comme les autres schémas directeurs (SOS 2016-2021), ni hiérarchisation des actions, ni estimation financière, ni chef de file par action. En revanche, il établit formellement un protocole de suivi et de rendu compte développé, qui d'ailleurs n'est pas prévu dans le SOS : le président de la Polynésie française doit transmettre tous les deux ans à l'Assemblée un point d'étape (article 3 de la délibération), et une conférence de la famille doit être organisée tous les deux ans (action 1 de l'objectif stratégique n°1). Ce protocole de suivi n'a pas été respecté.

L'arrêté n°153 CM du 16 février 2017 met en place un comité de pilotage pour la mise en œuvre d'une politique publique de la famille. Ce comité devait rendre compte de l'avancement de ses travaux au Président du Pays tous les trois mois. Cette instance ne s'est jamais réunie.

La collectivité a indiqué en effet avoir procédé à une évaluation de la politique de la famille en 2019. Avec le concours d'un consultant, elle a conclu à la réalisation de 51 actions, 27 actions qui n'ont pu être évaluées faute d'information et 7 non exécutées, sur un total de 85. La Chambre s'étonne que le bilan ne reprenne pas le chiffre de 130 actions prévues dans le plan d'origine ainsi que l'impossibilité pour le Pays d'évaluer 27 actions. Le ministère, en outre, a prévu que ce bilan alimente en particulier son travail de rédaction d'un nouveau schéma d'orientation de la politique de la famille 2022-2027. Devrait suivre, selon la collectivité, son adoption par le conseil des ministres puis par l'assemblée de Polynésie française avant la fin de l'année 2022.

La Chambre prend note de ces engagements.

[41] Politique publique de la famille, juin 2016.

En parallèle, la collectivité a préparé à partir de 2018 un projet de loi du Pays relatif à l'organisation sanitaire et sociale. Le texte a été adopté le 28 novembre 2019[42] ; toutefois la partie afférente aux champs social et médico-social a été retirée. Ces dispositions devaient être accompagnées d'une règlementation des établissements sociaux et médico-sociaux, qui a été selon l'ARASS, transmise au ministère de la Famille et des Solidarités, en charge de l'égalité des chances, qui n'aurait pas donné suite. La ministre a proposé en 2019 sous la forme d'une communication en conseil des ministres *un plan pour la paix* intitulé « NUNA'A MA'OHI 'AIHAU ». Ce plan général s'inscrivait dans « le contexte d'une aspiration universelle dans le but de fédérer les forces de tous les niveaux de la société polynésienne pour enrichir chaque vie humaine afin que notre monde soit un monde de paix et de prospérité pour tous[43] ».

Ce document devait être décliné en quatre plans stratégiques à savoir :

- Un plan d'urgence sociale ;
- Un plan de développement humain ;
- Un plan pour l'égalité des chances ;
- Un plan de bonne collaboration avec les acteurs sociaux.

En 2021, la rédaction de ces plans qui pourraient avoir valeur de schéma directeur n'a toujours pas vu le jour. Le 28 juillet 2021, la ministre a adressé une proposition au président du gouvernement relative à un plan « génération 2021-2041 » qui entend compléter celui de la prévention de la délinquance en Polynésie française 2021-2024.

La lisibilité et l'articulation de cet ensemble ne sont pas satisfaisantes. La collectivité a procédé plutôt par petites touches, sans justifier, faute d'un cadre général stratégique, d'une feuille de route complète en matière d'action sociale. Elle a notamment pu adopter trois lois du Pays, n° 2022-10 du 24 janvier 2022 visant à promouvoir l'effort de solidarité par le don des invendus alimentaires, n°2022-11 du 24 janvier 2022 relative au dispositif d'insertion sociale par l'activité économique (ISAE), et n° 2022-12 du 24 janvier 2022 portant modification de la loi du pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 modifiée relative aux accueillants familiaux.

Malgré ces efforts, les services en charge de la mise en œuvre de la politique sociale semblent en souffrance : la DSFE précise en particulier dans son rapport d'activité 2019 que « l'absence de schéma directeur des établissements médico-sociaux, en dépit d'un schéma d'organisation sanitaire, prive le Pays d'une vision stratégique à court moyen-terme et sclérose l'évolution du dispositif socio-éducatif et médico-social actuel alors que les besoins ont sensiblement évolué ».

Enfin, la réalisation d'un schéma médico-social, souvent évoquée, n'est toujours pas à l'ordre du jour malgré l'évolution des besoins marquée par un développement rapide de maladies chroniques lié à l'évolution des modes de vie. Ce schéma directeur a vocation, selon la collectivité, à être décliné en trois schémas sectoriels que sont l'enfance, les personnes âgées et les personnes porteuses de handicap[44].

---

[42] Texte adopté LP n°201931 LP/APF du 28/11/2019 et loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

[43] Communication du 10 octobre 2018 par Mme la ministre Isabelle Sachet au conseil des ministres.

[44] Confirmé à la page 51 du rapport d'activité 2020 de l'ARASS.

Chaque service renvoie la responsabilité de cette inertie à un autre. Il y a d'ailleurs divergence entre eux sur l'octroi ou pas au ministère des solidarités et de la famille de la part de l'agence française de développement d'un financement à hauteur de 60 MF CFP d'une prestation intellectuelle d'un consultant visant à l'écriture du schéma.

Ce choix de sous-traiter la rédaction d'un document stratégique est encore une fois la marque d'un manque patent de compétence interne à la collectivité, ou bien le choix de privilégier les tâches opérationnelles plutôt que les missions stratégiques.

L'ARASS, qui a précisément comme mission la « conception des politiques publiques dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux (…) » a indiqué ne pas avoir obtenu l'autorisation de créer le poste budgétaire correspondant.

Parmi l'ensemble des observations supra, la Chambre estime que la désignation d'un chef de file peut offrir un effet de levier adéquat une fois les plans directeurs adoptés. En conséquence, elle formule la recommandation suivante :

Recommandation n°4 : Désigner dans tous les documents stratégiques, pour chaque action envisagée, un chef de file politique et un cadre responsable et ce, dès 2023.

2.2.1.4 Le rôle de l'Assemblée de la Polynésie française (APF) et du CESEC

L'Assemblée de la Polynésie française règle par ses délibérations les affaires de la Polynésie française. Elle contrôle l'action du président et du gouvernement de la Polynésie française. Cette deuxième mission définie à l'article 102 alinéa 4 de la loi organique n°2004-192 portant statut d'autonomie de la Polynésie française est subordonné, au préalable, à la transmission de données fiables et complètes de la part de l'exécutif. En l'état actuel du droit, l'APF a la possibilité d'effectuer un contrôle sur l'action du gouvernement.

L'accès aux informations peut intervenir de manière ponctuelle avec le système de questions posées au gouvernement. Il intervient de manière plus pérenne au sein des commissions, chargées de rechercher l'information nécessaire à l'exercice du contrôle de l'exécutif.

Une commission a d'ailleurs comme périmètre la santé, la solidarité, le travail et l'emploi. Cette commission 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 de santé élargie de la CPS le 16 mai 2018. 29 préconisations ont été formulées. L'exécutif ne semble pas avoir engagé et formalisé un suivi de ces demandes.

Un rapport de la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles a été présenté le 28 octobre 2021 à l'assemblée de la Polynésie française. Ce document contient 90 préconisations. Le rapport de l'APF précise en particulier que sa mise en œuvre doit faire l'objet d'un suivi annuel. Le Pays est invité à respecter ses engagements.

Les schémas sectoriels adoptés constituent une information utile sur la régulation de l'offre de soins, l'analyse des programmes d'actions ou l'allocation des ressources. Néanmoins ils sont insuffisamment intégrés à l'analyse par le législateur de l'état de la politique publique.

Une évolution du rôle de la commission législative concernée ou de la commission de contrôle budgétaire et financier, chargée d'émettre un avis sur les aides financières du Pays, vers une fonction d'évaluation de la politique de la protection sociale menée et de sa soutenabilité, notamment à travers les subventions versées aux organismes privés, peut être envisagée. A ce stade, la politique de protection sociale n'apparaît pas constituer dans son ensemble un objet de contrôle pour l'Assemblée de la Polynésie française.

Enfin, le recours développé par l'exécutif à la procédure d'urgence[45] en vue de saisir le conseil économique social, environnemental et culturel (CESEC) concernant pourtant des textes structurants, apparaît éloigné de l'esprit initial guidant cette institution, à savoir incarner les réalités socio-économiques de la Polynésie française avec le recul qui s'impose. La procédure d'urgence en effet limite les délais d'instruction et de délibération du conseil à 15 jours au lieu d'un mois. Cette procédure a notamment été utilisée concernant le projet de réforme de la gouvernance de la PSG, texte adopté le 23 décembre 2021 (LP 2021-24).

Les constats précédents conduisent la Chambre à émettre deux recommandations visant à associer davantage les institutions de la Polynésie française à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions liées à la protection sociale.

Recommandation n°5 : Accompagner le projet de loi de financement de la protection sociale d'une étude socio-économique dont l'objet est d'évaluer a priori l'impact et la faisabilité des réformes à partir de 2023.

Recommandation n°6 : Prévoir un débat annuel distinct à l'Assemblée de la Polynésie française sur la trajectoire des dépenses sociales et sa soutenabilité à cinq ans à partir de 2023.

Le CESEC dans sa réponse aux observations provisoires a indiqué que celles-ci n'appellent à aucune remarque. L'assemblée de Polynésie française n'a pas, pour sa part, donné réponse. Dans les deux cas, la Chambre considère dès lors que les observations précédentes ne sont pas contestées par les deux institutions.

2.2.2 Les instances de régulation et de proposition

Les créations récentes d'instances comme le comité d'orientation et de suivi des retraites (COSR) ou l'ARASS traduisent la volonté du Pays de dissocier au sein de structures différentes les rôles de réflexion, d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques relevant de la sphère sociale.

[45] Comme l'avis n°87 du 3 aout 2017 sur le projet de loi du pays relative au médecin traitant, au parcours de soins coordonnés et au panier de soins.

2.2.2.1 L'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

L'ARASS est dotée d'une compétence générale d'intervention en matière sanitaire et sociale[46].

Néanmoins au cours des trois premiers exercices d'activité, l'ARASS s'est attachée à créer les conditions de mise en œuvre du SOS 2016-2021 en se concentrant sur le volet santé.

Comme indiqué supra, l'éclatement récent des responsabilités ministérielles dans le domaine de la PSG (Cf. le § 2.1.1.) est venu brouiller le positionnement de l'ARASS[47].

Cette trajectoire ne s'inscrit pas dans une cohérence globale.

Le Pays doit accompagner par ailleurs la montée en puissance de l'ARASS en lui donnant la légitimité nécessaire et les moyens à la bonne réalisation de ses missions. L'expertise naissante du service est à consolider dans un contexte où les enjeux et les différents interlocuteurs nécessitent de la visibilité. Une clarification des compétences, des responsabilités et des rôles de chacun (notamment dans les fonctions de régulation et de contrôle) après une période de redéfinition des rôles est à envisager.

Malgré sa dénomination d'*agence* qui laisse accroire qu'il s'agit d'une entité ad hoc, l'ARASS est un service administratif du Pays. Il a été créé par l'arrêté n°1822/CM du 12 octobre 2017. Initialement, l'ARASS a été créée afin de replacer la vision stratégique d'ensemble au sommet du système de décision[48] et de disposer pour le Pays d'un instrument de pilotage opérationnel. L'idée d'une autorité indépendante[49] a un temps été évoquée.

Sa mise en place constitue l'une des premières déclinaisons du Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 de la Polynésie française, et entend répondre en partie à la recommandation formulée par la Chambre dans son rapport précédent en matière de politique sociale[50].

Dans sa version initiale[51], l'arrêté portant création de l'ARASS lui a confié un ensemble très fourni de missions. En revanche, si les différents ajustements ont confirmé les nombreuses attributions, le rôle de «déterminer les orientations en matière de prévention» lui a été retiré en mai 2019[52]. Elle a indiqué avoir seulement participé à des réunions interservices organisées par le ministère de la Santé lors de l'élaboration du schéma de prévention et de promotion de la santé.

Sa mission dépasse le périmètre de son ministère de rattachement, comme indiqué supra. Ce service est chargé de proposer les stratégies de politique publique ainsi que leurs financements dans les domaines de la santé, de la famille et des solidarités, de l'action médico-sociale et de la protection sociale. Il a également pour tâche de planifier, coordonner, évaluer et contrôler leur mise en œuvre.

---

[46] Page 42 du rapport d'activité 2019 de l'ARASS.

[47] Article 2 de l'arrêté n° 659 PR du 23 mai 2018.

[48] Délibération n°2016-12 APF.

[49] Rapport du Président 2019, Tome 2.

[50] Recommandation n°4 : Accélérer la réforme du pilotage des dépenses de santé, par la création d'une instance de régulation et la mise en place d'une communauté hospitalière polynésienne autour du CHPF, dont le principe est acté dans le schéma d'organisation sanitaire

[51] Arrêté n°1206 CM du 26 juillet 2017.

[52] Arrêté n°741 CM du 16 mai 2019.

A ce titre, il concentre certaines activités précédemment exercées par la direction de la Santé, la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité et la CPS. Par exemple, il prépare le dossier de présentation en conseil des ministres des délibérations à caractère financier des trois régimes de protection sociale, instruit les demandes d'autorisation et d'agrément des structures médico-sociales, et participe à la préparation des conventions avec les professionnels de santé.

L'ARASS peut s'autosaisir afin d'élaborer ou de modifier une réglementation.

L'ARASS organise son activité sur la base d'un programme annuel défini après consultation de ses propres équipes. Le ministre arrête le programme définitif en ayant arbitré les ordres de priorité entre les différents projets. Parmi les prérogatives exercées, ce service conduit les contrôles de conformité en vue de délivrer les autorisations administratives aux structures d'accueil. La situation en 2016 était dégradée : la plupart des autorisations du domaine sanitaire étaient échues ou perdues. L'ensemble des situations a été corrigée par l'ARASS par deux campagnes de régularisation administrative des dossiers, la première le 28 novembre 2017 et la seconde, le 27 décembre 2017.

Depuis, les visites de conformité correspondantes sont conduites en fonction des possibilités du service : sur un total de 76 équipements et installations sanitaires, 35 ont été inspectées sur place. L'ARASS justifie ce retard par des effectifs fluctuants, et des médecins-conseils de la CPS qui se sont désistés. Elle a indiqué qu'elle doit mobiliser significativement ses ressources pour effectuer les visites, au risque d'accuser en 2022 quatre ans de retard dans son programme de conformité.

La Chambre encourage l'ARASS à réaliser son programme de contrôle.

2.2.2.2 Le conseil d'orientation et de suivi des retraites

Le conseil d'orientation et de suivi des retraites–COSR a été créé par la loi du Pays n° 2019-6 du 1er février 2019 portant diverses dispositions relatives à l'assurance vieillesse et autres mesures d'ordre social. Ce conseil est une instance permanente d'études et de concertation entre les principaux acteurs du champ des retraites dont la vocation est 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 applicable aux régimes de retraites concernés.

Le conseil doit constituer une aide à la décision utile et indépendante pour le Pays. Le rôle de cet organe récent aurait pu être conforté et pérennisé ainsi que les moyens humains et matériels mis à sa disposition. L'une de ses plus-values réside dans la publicité de ses rapports qui contribue à la diffusion d'une information fiable au sein du débat public.

Néanmoins, deux années après sa création, le Pays a fait le choix de supprimer cette instance en adoptant le texte n° 2021-54 LP/APF du 23 décembre 2021 portant réforme de la gouvernance de la protection sociale généralisée.

2.2.2.3 Le conseil de la protection sociale et de l'action sociale

Le conseil de la protection sociale et de l'action sociale a été redéfini par l'arrêté n° 885 CM du 1er septembre 1997. Il s'agit d'un organisme de consultation et de concertation qui doit être sollicité pour avis sur toutes mesures entrant dans le domaine de la protection sociale et de l'action sociale[53].

Il doit, annuellement, émettre un avis après la production d'un rapport sur l'état de la protection sociale et de l'action sociale par le ministère en charge de la protection sociale.

Son inactivité a été entériné par l'arrêté n°2465 CM du 3 novembre 2021, qui l'a supprimé.

2.2.2.4 Le conseil sanitaire et social polynésien

Le conseil territorial de la santé publique, qui ne s'était pas réuni depuis 2002, a été remplacé par le conseil sanitaire et social polynésien (CSSP), par application de la délibération n° 2018-92 APF du 15 novembre 2018. Le directeur de l'ARASS préside ce conseil. Son périmètre est cohérent avec celui de l'agence.

Cette nouvelle instance n'a pourtant pas été prévue par le schéma d'orientation sanitaire.

Le Pays a fait le choix d'élargir les attributions de l'organisme consultatif en y ajoutant l'étude des textes à portée sociale, projets de délibération et de loi du Pays. Il peut ainsi être saisi par le ministre de la santé ou des solidarités.

Jusqu'en 2018, les projets règlementaires élaborés par la direction en charge des affaires sociales (DSFE) n'étaient donc pas soumis à un conseil multipartite dans le but d'associer les acteurs concernés.

2.2.3 Les engagements de la Polynésie française

Le régime de solidarité territoriale a été créé en 1994, accompagnant la mise en place de la protection sociale généralisée. Initialement, il a été conçu comme un régime résiduel destiné aux personnes ne relevant pas des deux autres régimes. Les évolutions socio-économiques ont remis en cause ce modèle. La population couverte par ce régime a atteint 80 000 personnes en 2014, soit 28% de la population couverte. Les dépenses du régime s'élevaient alors à 27 Mrds F CFP.

[53] Article 1 de l'arrêté n°885 CM du 1er septembre 1997.

En 2015, l'État s'est engagé à attribuer une dotation annuelle de 1,4 Mrds F CFP sur les exercices 2015 à 2017 avec comme contrepartie des engagements du Pays :

- élaborer et finaliser un schéma d'organisation sanitaire 2015-2019 et améliorer la couverture des besoins de santé tout en contribuant à maitriser l'évolution des dépenses de santé ;
- s'assurer du respect des conditions d'admission au régime de solidarité territorial ;
- engager une réforme de la PSG qui préserve le niveau actuel des minimas sociaux ;
- dégager des gains de productivité dans le fonctionnement de la CPS ;
- actualiser et harmoniser les listes des affections de longue durée pour tous les régimes ;
- faire de l'abondement du FADES une dépense prioritaire dans le budget de la Polynésie française ;
- adapter les modes de rémunération des professionnels de santé ;
- revoir le mode de fixation des prix des médicaments ;
- envisager une tarification à l'activité ;
- constituer une dotation d'amortissement annuelle du CHPF ;
- établir des textes pour réglementer les pratiques conventionnelles de la CPS, et fixer la DGF des établissements de santé (y compris la clé de répartition entre les trois régimes).

Un 1er avenant en date du 15 juin 2018 proroge d'une année la convention dans des conditions identiques. Une équipe inter-inspections nationale [inspection générale de l'administration (IGA), inspection générale des affaires sociales (IGAS), inspection générale des finances (IGF)] a été chargée, sous la forme d'une mission d'appui, de réaliser un diagnostic et de définir un plan d'actions en matière de solidarité et de santé, permettant notamment de dresser un premier bilan de la convention 2015 à 2017[54]. 22 recommandations ont été formulées à cette occasion.

La collectivité n'a pas été en mesure, au cours de l'instruction, de communiquer un état de son suivi et des actions qu'elle a engagées suite au rapport susmentionné, lacune observée également s'agissant des recommandations formulées par la Chambre.

Un second avenant a prorogé une nouvelle fois la dotation d'une année pour 2019. À cette occasion, le Pays s'est engagé à aligner les tarifs appliqués par le CHPF aux ressortissants de la sécurité sociale résidents, et à définir des objectifs prioritaires de santé publique précis et mesurables.

En 2019, la population couverte par le RSPF atteint 26% de la population couverte. Le recul constaté par rapport à 2014 est expliqué par la modification des conditions d'admission au régime engagée.

[54] Rapport publié en avril 2019.

Le recul sans précédent du produit intérieur brut (-7,6%) et de l'emploi salarié (-5,3%) en 2020 a impacté les équilibres des comptes de la PSG. Le Pays a fait le choix de revaloriser à compter du 1er janvier 2020 l'allocation de base aux adultes handicapés qui était alors de 33 115 F CFP[55]. Ce montant était inférieur au seuil de pauvreté estimé à 49 000 F CFP par mois et par personne (ISPF). A titre de comparaison, le minimum vieillesse était de 80 000 F CFP en 2019. Le coût de la mesure a été estimé à un milliard de francs par an. Cette mesure répondait, en partie, au constat du rapport inter-inspections qui précisait que les dépenses consacrées à la politique du handicap étaient relativement limitées. En 2021, le Pays a fait le choix de maintenir l'ensemble des prestations et de geler les taux de cotisations applicables aux diverses branches. Les orientations budgétaires 2021 préconisent néanmoins la compensation de la hausse de l'allocation par un recalibrage à la baisse de l'enveloppe dédiée aux établissements médico-sociaux et sociaux-éducatifs. Cet ajustement purement financier à la baisse apparait peu compatible aux enjeux de la prise en charge, déjà dégradée, du handicap en Polynésie française.

Par ailleurs et malgré la volonté affichée de renouveler les équipements de l'hôpital, le manque d'investissements fragilise la qualité à terme de la prise en charge des publics.

Le 14 octobre 2021, une nouvelle convention cadre de financement lie l'État et la collectivité dans le domaine sanitaire, et non plus seulement au RSPF. Elle prévoit une aide triennale de 2,8 Mrd F CFP en vue d'assurer une participation financière et technique en faveur de la collectivité et du CHPF. Comme les précédentes conventions, ce soutien vise notamment au développement de la télémédecine ou le renforcement de l'offre de soins.

Au titre de la présente convention, l'État et le Pays s'engagent à établir conjointement, chaque année, un document de synthèse rendant (réalisations et évolutions des indicateurs).

Enfin, la Polynésie française s'engage à prendre en compte les recommandations émises dans le rapport IGAS, IGA et IGF d'avril 2019 et à élaborer un plan d'actions adapté aux besoins qu'elle aura définis pour la population. La Chambre prend acte de ces engagements.

2.3 L'organisation géographique de l'offre de soins

Le modèle polynésien de soins primaires se distingue, à cause de sa géographie insulaire dispersée, par la cohabitation de trois modèles. Le premier comprend le centre urbain à Tahiti où sont présentes une médecine libérale diversifiée et une médecine publique. Le deuxième correspond aux îles où la démographie des médecins libéraux est faible, complétée par la médecine publique. Le troisième regroupe les îles qui dépendent exclusivement de petites structures de soins de la direction de la Santé et de tournées administratives. Les inégalités qui en découlent sont corrigées par un système développé d'évacuations sanitaires (Évasans) vers les établissements de soins ou vers les médecins spécialistes. Elles constituent une prestation sociale en nature supportée par les régimes sociaux.

[55] Loi du Pays n°2020-18 du 2 juillet 2020 portant modernisation des conditions d'attribution des prestations services aux adultes handicapés et l'arrêté n°2875 CM du 16 décembre 2019.

2.3.1 La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire

Le schéma d'organisation sanitaire et la carte sanitaire constituent deux outils complémentaires de planification des activités de soins, de lits et de places en établissements de santé, ainsi que pour les équipements matériels lourds.

Le SOS détermine l'organisation et la répartition territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire dans le respect de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

La carte sanitaire, formalisée en Polynésie française depuis la délibération n° 83-122 du 28 juillet 1983, 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. Ce texte a vocation à encadrer le régime juridique des autorisations sanitaires. La mise en œuvre de la carte s'appuie sur un régime d'autorisations administratives préalable à toute création, extension, et transformation d'installations et d'activités.

Son rôle est de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire la demande de santé. La carte sanitaire avait vocation à être révisée a minima tous les cinq ans.

Les deux documents doivent prendre en compte les besoins de la population, les progrès des techniques médicales, les orientations du plan de santé, les objectifs des programmes de prévention et une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins[56].

Une commission consultative[57] est chargée d'émettre un avis sur les évolutions de la carte et du schéma, qui sont par la suite fixés en Conseil des ministres. Sa saisine est obligatoire. Cette commission, malgré son rôle central dans l'organisation des soins en Polynésie française, ne s'est pas réunie entre 2005 et 2017, et pour cause, la carte rédigée en 2005[58] n'a été révisée qu'une fois, en 2017. Aucune autorisation ou renouvellement ou conversion n'a de fait pu être accordée par le président du Pays au cours de cette période. Des établissements de soins et des activités ont donc continué, par nécessité, à fonctionner, sur la base d'autorisations administratives devenues caduques.

La collectivité a redéfini son cadre général d'organisation sanitaire par l'adoption de la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française, entrée en vigueur le 1er avril 2020, complétée par ses arrêtés d'application[59]. Cette loi du Pays a du reste prorogé la durée de validité du SOS de 2016 (article LP. 81), étant donné que celui devenait réglementairement caduque au 31 décembre 2021, empêchant notamment la collectivité de délivrer les autorisations sanitaires, et de fait rendant inopérant la carte sanitaire.

[56] Délibération n° 83-122 du 28 juillet 1983.

[57] La commission de l'organisation sanitaire (COS).

[58] Arrêtés 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, et n°527/CM du 21 juillet 2005 déterminant le champ de la carte sanitaire, pris en application de la délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

[59] Arrêté n° 1452 CM du 18 septembre 2020 relatif à la carte sanitaire et suivants.

Depuis l'élaboration du SOS de 2016[60], une révision des indices des besoins pour les lits et places, pour les équipements matériels lourds et pour les activités de soins est notamment intervenue avec l'arrêté n°533 CM du 26 avril 2017 mis à jour depuis. En 2021, des arrêtés de révision couvrant l'intégralité du champ[61] de la carte sanitaire ont vocation à être pris afin que le Pays exerce effectivement son rôle de pilotage de l'action publique sanitaire.

Ce travail de mise à jour de la carte sanitaire doit être accompagné d'une sécurité juridique renforcée. Sur la période, les contentieux opposants le Pays et des acteurs de la sphère sanitaire[62] ont été particulièrement importants et ont pu fragiliser la mise en œuvre de dispositifs mis en place par la collectivité. Par exemple, certaines autorisations d'activité[63] ont été annulées par le tribunal administratif du fait de l'absence de révision de la carte sanitaire. D'autres recours ont entraîné le retrait d'articles de loi ayant conduit à l'application de réformes parfois amputées de larges portions.

Les recours constatés au cours de la période ont entrainé un retard dans l'exécution de la réforme et une instabilité dans les relations liant le Pays aux professionnels du secteur.

2.3.2 La démographie des personnels de santé

Le SOS 2016-2021 indique dans son axe 2 comme priorité majeure celle « d'améliorer l'accès des populations des archipels aux soins ».

Dans son rapport relatif aux prestations servies par la CPS, la Chambre a constaté des progrès sur l'île de Tahiti. L'arrêté n°3098 CM du 20 décembre 2019 a cherché à corriger la situation, en introduisant la notion de lieux d'installations à l'intérieur des cinq zones géographiques retenues pour la répartition des professionnels de santé.

Par ailleurs, alors que la démographie médicale, notamment en ce qui concerne la médecine générale, apparait favorable à Tahiti, les gardes assurées le weekend sont insuffisantes. Une maison médicale de garde privée a été créée en 2018 comme mesure de compensation. Elle est hébergée au CHPF. Cet outil, géré par la société Taote Medex, vise en effet à assurer des gardes de nuit les jours fériés et le week-end, afin de proposer une permanence des soins à destination de la population présente dans la zone urbaine. Le coût de cette intermédiation est de plus de 42 MF CFP en 2020.

L'optimisation du système d'astreinte des médecins libéraux présents à Tahiti apparaît comme une évolution nécessaire, nécessitant une coopération entre les autorités publiques de santé, la CPS et l'Ordre des médecins.

Un objectif de soins de santé primaire dans les conventions entre la CPS et les médecins est en discussion au moment de la rédaction du présent rapport mi-2022.

La Chambre prend note de cette évolution, qu'elle encourage.

---

[60] Délibération n°2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du SOS 2016-2021.
[61] Soit le périmètre de l'article 1 de l'arrêté n° 1452 CM du 18 septembre 2020
[62] Ex : TA Polynésie française, 28 avril 2017, SARL Polydial et autres, n° 1600416, 1600501 ; TA Polynésie française, 16 octobre 2018, Clinique Cardella
[63] Ex : Certaines autorisation relatives à la dialyse

La question d'une règlementation en faveur d'un réel aménagement sanitaire du territoire à l'échelle de la Polynésie française n'est pas réglée en 2020, la politique affichée dans le SOS à l'axe 2 ayant du mal à voir le jour.

Par ailleurs, une réflexion stratégique sur l'aménagement sanitaire du territoire qui permettrait de cartographier les besoins de la population, notamment celle des îles, n'apparaît pas dans les schémas de planification de la collectivité.

Dans les îles isolées, des infirmiers de la direction de la Santé peuvent procéder à des actes médicaux sous la supervision de médecins ou en respectant des protocoles préétablis[64].

La professionnalisation des agents de santé dans les îles est conditionnée à la création d'un cadre réglementaire modernisé visant à une montée en compétence (règlementation pour des pratiques avancées). Une gestion prévisionnelle des besoins en personnel est rendue possible a fortiori quand un institut de formation en soins infirmiers est présent sur le territoire permettant une meilleure maîtrise de la filière.

La création d'un diplôme universitaire d'infirmier spécialisé en soins de santé primaire insulaire a vu le jour en 2018 et en 2019. L'encadrement de la pratique médicale et un pilotage par le Pays du nombre de nouveaux praticiens dans les îles serait de nature à mieux répondre aux besoins de santé dans les archipels.

La présence répandue de structures publiques de soins de type dispensaires et infirmeries n'apporte qu'une réponse partielle, compensée par les évacuations sanitaires et les consultations spécialisées avancées.

Le développement de tournées médicales de médecins spécialistes (appelées consultations spécialisées avancées) en provenance notamment du CHPF complète le dispositif. La convention du 7 aout 2018 liant le ministre de la santé, la CPS et le CHPF, prévoit ce type de déplacements. Ces tournées foraines ont pour vocation une prise en charge des malades au plus proche de leur lieu de vie et la limitation du nombre d'Évasans[65]. Elles peuvent ainsi être considérées comme partie prenante aux actions de prévention. Les tournées sont pourtant peu développées[66] car elles restent peu attractives pour les personnels de santé libéraux, qui se sont vu offert récemment la possibilité de participer à ce type de mission sous l'impulsion de l'ARASS.

Ces tournées sont coordonnées par deux cellules présentes à la direction de la Santé et au CHPF. Un outil commun de pilotage entre les deux cellules apparaît être un préalable indispensable à l'amélioration du dispositif. Il permettrait par ailleurs de fournir un recueil d'activité utile à l'observation de l'évolution de l'état de santé et des inégalités territoriales de santé en Polynésie française.

[64] Ex : actes liés à la circoncision réalisés à titre exceptionnel et dans des conditions strictes (arrêté n° 2015/CM du 12 septembre 2019).

[65] Ce type de consultations en ophtalmologie éviteraient 145 évasans par an, rapport IGAS 2018

[66] 1 142 journées de consultations programmées en 2018, rapport IGAS 2018

Enfin, une coordination systématique entre des consultations spécialisées avancées et les demandes d'évasans permettraient une rationalisation des coûts. L'évaluation médico-économique comparative entre les évasans et les consultations avancées n'est pas effectuée malgré son intérêt.

L'amélioration de la couverture médicale dans les îles pourrait à cet effet passer par l'instauration de tournées médicales plus adaptées permettant de proposer une offre de soins sur place davantage développée. Une politique volontariste de prévention ainsi que le recueil de données statistiques médicales systématique permettraient un suivi de long terme de la population. Les évasans programmées gagneraient à faire l'objet d'un parcours de soins permettant de regrouper les consultations médicales.

Malgré la prise de conscience par la collectivité de la problématique liées aux évasans notamment par deux rapports d'information de l'assemblée de la Polynésie française[67], le gouvernement ne s'est pas emparé pleinement de la question. Faute d'études générales 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.

Les espoirs que suscite la télémédecine au cours des dernières années semblent avoir limité les réflexions quant au déploiement à demeure de personnels médicaux dans les archipels éloignés. Or, la télémédecine reste limitée à quelques expérimentations et à des opérations ponctuelles, alors qu'elle est prévue depuis 2003 par la collectivité.

Le SOS de 2016 a estimé le gain financier de ce type de projet à 500 MF CFP. Ce chiffre n'a pas été actualisé depuis.

La loi du Pays n°2017-23 du 24 aout 2017 encadre la pratique de la télémédecine. Elle est complétée par l'arrêté n°82 CM du 11 janvier 2018 portant définition des actes de télémédecine, de leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière. A cette époque, une diminution du nombre d'évacuations sanitaires programmées de 30 % était envisagée[68]. Cet objectif semble pour l'instant lointain.

En 2020, trois acteurs contribuent principalement à l'exercice de la télémédecine. Ce sont le CHPF, l'APURAD, et la société FENUA MEDEX.

Le déploiement de la télémédecine dans les îles a été en particulier délégué à une entreprise privée. C'est la société FENUA MEDEX, en effet, qui a proposé un déploiement des premiers outils sur trois îles privées :

- Tetiaroa (Hôtel Le Brando) ;
- Nukutepipi (South Pacific Management) ;
- Marutea Sud (Wan Perles).

FENUA MEDEX a bénéficié d'une contribution au titre du fonds de santé publique.

[67] Rapport de la mission d'information portant sur la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs (2018) et le rapport de la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuations sanitaire inter-iles (2021).

[68] Rapport 61-2017 du projet de loi télémédecine.

Par la suite, la direction de la Santé a mené une expérimentation dans ses structures de santé sur des îles éloignées ou peu accessibles. Les 11 sites retenus sont dépourvus de médecins. La solution de télémédecine comprend notamment une échographie, une solution de visio-conférence sécurisée, des biocapteurs classiques tels que le stéthoscope, l'ECG, la glycémie capillaire, la tension, l'oxymétrie et la température. Le prix de l'équipement initial est abordable selon les premières estimations conduites par le Pays[69].

Le Pays a fait valoir une approche pragmatique qui privilégie l'acceptation de l'outil par les auxiliaires de santé présents sur les huit sites identifiés. Cela ne doit pas masquer l'absence d'étude d'impact préalable concernant le déploiement initial de l'offre de télémédecine et les retards des projets de santé numérique (DPI et DMP).

La Loi du Pays n° 2020-4 permet d'organiser la carte sanitaire par zones géographiques, par archipels ou par îles, ce qui n'était pas le cas auparavant. Cette souplesse va dans le bon sens.

De fait, l'équilibre de la démographie médicale à reste un enjeu de premier ordre. Au-delà d'une règlementation par quotas géographiques désormais possible, une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux par métier (GPEC santé) constituerait un outil de planification pour anticiper l'adéquation entre l'offre et les besoins. Des réflexions sur l'octroi notamment de bourses d'études territoriales avec comme contrepartie l'engagement d'exercer dans les îles éloignées sur une durée fixée a priori devraient être conduites. La collectivité a indiqué conduire un repérage des étudiants au cas par cas, mais sans que la démarche soit systématisée et transparente, ce qui est insuffisant.

Le dernier exemple de médecine à deux vitesses entre les Iles-du-Vent et plus particulièrement Tahiti et les autres archipels est le choix de réduire drastiquement les évasans inter-iles au mois d'août 2021 vers le CHPF. Ce choix politique a eu pour conséquence de privilégier la situation géographique du malade au bénéficie des tahitiens.

2.4 Les déterminants de l'action

Le schéma d'orientation sanitaire pose le principe que tout nouvel équipement ou activité supplémentaire doit s'appuyer sur une étude médico-économique, présentant un rapport coût-bénéficie favorable (Cf. l'axe 1.5 du SOS 2016-2021). Ainsi, disposer de données complètes et homogènes est considéré par le Pays, à raison, comme un élément indispensable lui permettant d'apprécier en amont l'état sanitaire et social de la population locale. La collectivité, depuis la mise en place de l'ARASS conduit les études médico-économiques au cas par cas.

[69] Tuamotu (Amanu, Katiu, Makatea, Kauehi et Rangiroa), Australes (Rimatara, Raivavae, Rapa), Marquises (Fatu Hiva, Ua Huka), Moorea (Maiao). Un chariot de télémédecine présent dans une structure médicale coute selon le Pays 1,8 MF CFP HT. Le coût d'une station de télémédecine dans une île dépourvue de centre médicale est estimé à 1,4 MF CFP HT.

2.4.1 Les outils d'analyse

Le Pays n'est pas doté de dispositif de suivi organisé et unifié de l'état sanitaire et social, les données démographiques et socio-économiques disponibles qui y sont liées ne sont pas non plus exhaustives. La mission de veille statistique relève de multiples entités tels que l'ARASS, le CHPF, la DSFE, la direction de la santé, la CPS ou l'ISPF, qui n'interagissent pas dans un réseau intégré et partagé.

Cette situation constitue un frein à la mise en place, à l'actualisation et au suivi de tables statistiques communes.

Ainsi, l'ARASS dans son objet juridique « contribue à la définition des règles de gestion de l'information sanitaire, sociale et médico-sociale et participe à la promotion d'un système d'information sanitaire et sociale» (…). Il peut mener tout type d'étude ayant une incidence directe ou indirecte dans les domaines de compétence de l'agence ».

La CPS gère de son côté, compte tenu de son rôle de gestionnaire de la PSG, un ensemble fourni de données (99% de la population est assurée). Elle est d'ailleurs sollicitée régulièrement par les services du Pays pour leur communiquer des données.

Il existe bien quelques passerelles, comme l'outil *Fare* partagé entre la CPS et la DSFE, mais le chemin reste encore long pour espérer un système d'information approprié, ce qui suppose l'incorporation et la compatibilité des systèmes d'information.

Cet isolement relatif de chacun de acteurs les pousse à privilégier la réalisation d'enquêtes ponctuelles plutôt que la tenue de tables statistiques au long cours.

Pour contrecarrer les effets de cette parcellisation des outils informatiques et des données, il est nécessaire d'organiser une véritable coopération entre les différents acteurs et de formaliser des demandes précises, ce qui semble jusqu'à ce jour, indépassable.

Par ailleurs, les outils d'expertise et de suivi ne sont pas adaptés aux nouveaux besoins identifiés dans une société en pleine évolution, telles que les formes de pathologies en croissance qui sont observées sur le territoire. A cet égard, le bureau de veille sanitaire de la direction de la Santé a notamment pour missions la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, il organise un suivi visant à détecter les risques pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation. Il publie des informations sanitaires et des rapports de surveillance épidémiologiques sous la forme de bulletins bi-hebdomadaires, mis en ligne sur son site internet. Ceux-ci se concentrent essentiellement sur les infections respiratoires aigües, la dengue, la leptospirose ou les intoxications alimentaires et la grippe saisonnière. Même si ces affections, bien connues, nécessitent une surveillance constante, la veille sanitaire ne prend que très partiellement en compte les pathologies plus récentes, dites civilisationnelles (surpoids et obésité) alors qu'elles prennent une place prégnante en Polynésie française.

Dès lors, la Chambre invite le Pays à s'adapter aux nouvelles pathologies. Il s'agira en particulier de communiquer les résultats régulièrement sous la forme d'un baromètre sanitaire et social.

2.4.2 La mesure de la performance

Pour rappel, le Pays indiquait en 2016 dans sa délibération portant approbation de ses orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé que *« L'absence de planification et d'évaluation est un dénominateur commun aux secteurs sanitaire, social et médico-social »*[70].

Afin de disposer d'outils de mesures pertinents, le Pays doit mettre en œuvre les éléments d'information adéquats susceptibles d'éclairer sa décision. Une étude d'impact, basée sur des données objectives et associant les acteurs concernés, apparaît comme un préalable indispensable à la définition des réformes. Le Pays doit ainsi mieux intégrer les données objectivées dans ses arbitrages.

De plus, même si la collectivité dispose de services en capacité de fournir des données statistiques qui permettraient d'étayer le processus décisionnel, ceux-ci ne sont pas assez associés en amont de la prise de décision. Le projet de scanographie au sein de l'hôpital de Uturoa a par exemple été engagé sans étude médico-économique préalable.

A cause de conditions insatisfaisantes en amont, l'évaluation de la performance et de l'efficience des dispositifs ne peut pas être organisée correctement par la suite, empêchant les actions correctives d'être engagées au fil de l'eau. Ce mécanisme itératif apparaît donc globalement absent du processus décisionnel de la politique de protection sociale. Par exemple, la mise en place d'équipes mobiles d'intervention pour l'hospitalisation à domicile en psychiatrie n'a pas fait l'objet d'une étude préalable. Cette action trouve pour seule justification son inscription dans le plan de santé mentale, argument qui n'est pas suffisant, d'autant plus que la préparation du schéma n'a pas été accompagnée d'études d'impact préalables pour chaque action envisagée.

Par ailleurs, le plan de santé mentale 2019-2023, déclinaison de l'axe 3 du SOS 2016-2021, comprend 74 objectifs couvrant les axes de travail suivants : la promotion de la bonne santé mentale et la prévention des risques, le développement de l'ambulatoire, le respect des droits des patients et l'insertion professionnelle, et l'évaluation. Au 1er semestre 2021, seuls 2 objectifs étaient considérés par le Pays comme atteints, et 17 objectifs étaient en cours de mise en œuvre. Une démarche d'analyse en amont qui inclut les contraintes des acteurs participerait de l'amélioration du processus.

Il s'agit de considérer comme un véritable élément de gouvernance de la politique publique de protection sociale cette première étape. L'analyse de la performance d'un dispositif d'intervention devra accompagner la définition des moyens budgétaires à affecter.

Les difficultés et les retards rencontrés par le Pays dans la mise en œuvre des projets trouve son origine notamment dans l'insuffisance de leur préparation.

Il s'agit d'institutionnaliser et de systématiser dans la préparation des politiques publiques ces prérequis, que sont les études d'impact socio-économiques, le rôle et les contraintes de chaque acteur.

[70] Délibération n°2016-11 APF portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé.

Partant de là, des objectifs chiffrés et des indicateurs doivent être identifiés. Ils serviront de base à l'évaluation a posteriori. Les différents rendez-vous du calendrier budgétaire, et notamment les débats d'orientation budgétaires (DOB), pourront alors être utiles afin de procéder à des évaluations à mi-parcours et à terminaison des différents dispositifs mis en œuvre (Cf. supra la recommandation n°1).

Par ailleurs, le gouvernement est à la fois juge et partie dans la détermination des objectifs et des indicateurs de performance des politiques publiques qu'il conduit. Le choix des indicateurs d'exécution et de performance pourraient faire l'objet d'une co-construction avec l'APF. Cet aspect vient compléter les recommandations formulées précédemment (Cf. le § 2.1.1.4).

Dans les rapports annuels de performance, sont mentionnés en majeure partie le nombre de réalisations, sans rappeler les objectifs initiaux et les résultats attendus. Il y a donc confusion entre, d'une part, les objectifs de moyens et de résultats, et d'autre part, entre les indicateurs d'exécution et les indicateurs de performance.

La Chambre a ainsi pu constater dans le cadre de son instruction la difficulté d'évaluer l'efficience de l'action publique dans le domaine de la protection sociale, et de retracer a posteriori les mécanismes décisionnels intervenus. Cette situation fragilise le processus d'élaboration de la décision, le mode de pilotage, et déresponsabilise les parties prenantes, qui sont du reste, insuffisamment désignées dans les documents programmatiques (chef de file).

Enfin, la mise en place d'un observatoire des données sanitaires et sociales par le partage des outils et des données, prévu par les différents schémas directeurs[71], permettrait au Pays de disposer d'indicateurs épidémiologiques, médicaux, socio-économiques fiables qui constitueraient une information utile en amont pour la prise de décision. La Chambre a invité la CPS dans son rapport relatif aux prestations services à conduire en commun 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 la soutenabilité ou pas du système de protection dans sa totalité.

En conséquence, la Chambre formule les deux recommandations suivantes :

Recommandation n°7 : Installer, en lien avec les outils de la CPS, un observatoire partagé des dépenses sanitaires et sociales chargé de fournir une information documentée dans le cadre d'une politique de données ouvertes à partir de 2023.

Recommandation n°8 : Intégrer dans les *rapports annuels de performance* de véritables indicateurs de performance dès 2023.

[71] L'axe 4.3.3 du SOS prévoit de confier à l'observatoire de santé le soin de définir des stratégies d'évaluation en matière de prévention et de favoriser l'analyse, la recherche, le suivi à travers des enquêtes régulières et des suivis de cohorte.

Le président de la collectivité en fonctions a indiqué être confronté à « une récolte fastidieuse de données statistiques relatives au champ de l'action sociale au vu de la multiplicité des acteurs impliqués et de l'absence de documents stratégiques », sans qu'une réflexion soit menée, notamment concernant le nombre et la coordination des acteurs.

Pour le reste, il entend élaborer un nouveau schéma directeur de l'action sociale d'ici 2023, redéfinir le volet de prise en charge sociale des publics en difficultés, moderniser les outils d'intervention à partir d'une évaluation d'impact, et créer une cellule prospective au sein de la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) chargée de collecter l'ensemble des données.

La Chambre prend note de ces engagements de court terme.

2.5 Le Pays se doit de clarifier le rôle des communes dans le respect de la loi organique portant autonomie de la Polynésie française

Depuis 1977[72], la collectivité de la Polynésie française dispose d'une compétence large. En Polynésie française, *« la compétence du Territoire est la règle, celle de l'État l'exception »*[73].

La loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française prévoit la répartition des compétences entre le Pays, l'État et les communes. La Polynésie française dispose à ce titre d'une compétence de principe[74]. Les communes polynésiennes, contrairement aux communes métropolitaines, ne disposent que de compétences d'attribution.

[72] Loi statutaire du 12 juillet 1977.
[73] TA Papeete, 1985.
[74] Article 13 de la loi organique du 27 février 2004

Les compétences des communes de la Polynésie française

Le II de l'article 43 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française prévoit un mécanisme de délégation de compétence de la Polynésie française vers les communes polynésiennes. Cette délégation a lieu dans les conditions définies par les lois du pays et la réglementation édictée par la Polynésie française. Elle est subordonnée au transfert des moyens nécessaires à l'exercice des compétences. Enfin, elle ne peut intervenir que dans les matières suivantes :

1° Aides et interventions économiques ;

*2° **Aide sociale** ;*

3° Urbanisme ;

4° Culture et patrimoine local.

À ce jour, aucune délégation de compétence n'a été consentie par la Polynésie française.

Saisi par le tribunal administratif de la Polynésie française, à la suite d'une demande présentée par le président de la Polynésie française, le Conseil d'État[12](*) a rappelé que la clause générale de compétence, étendue aux communes de la Polynésie française en 2007, n'avait, conformément à la jurisprudence constitutionnelle, qu'une portée relative. En Polynésie française, cette portée est encore amoindrie par le statut de la collectivité d'outre-mer. Le Conseil d'État en a déduit que la clause générale de compétence ne pouvait donc pas justifier que les communes interviennent dans des domaines de compétence réservés par la loi organique à la Polynésie française, y compris dans les quatre domaines que la Polynésie française pourrait déléguer dans le cadre de l'article 43 du statut. En résumé, « de telles interventions ne peuvent avoir qu'un caractère subsidiaire »

Source : senat.fr

L'article L. 2573-5 du code général des collectivités territoriales (CGCT) a rendu applicable en Polynésie française l'article L. 2121-29 de ce même code aux termes duquel *« le conseil municipale règle par ses délibérations les affaires de la commune ».* Cette disposition constitue, en apparence, une clause de compétence générale pour les communes polynésiennes. Néanmoins une intervention d'une commune sur une question d'intérêt communal n'est possible que pour les compétences non dévolues par la loi à d'autres entités publiques. La logique binaire et l'articulation des compétences entre Pays et État en Polynésie française conduisent à une clause de compétence générale des communes en Polynésie française qui ne peut être que théorique.

Il en résulte que dans le champ couvert par la PSG, les communes ne peuvent agir qu'après avoir reçues délégation expresse de la part du Pays, et seulement dans le volet de l'aide sociale (2° du II de l'article 43 susvisé). Le transfert de compétences dans le domaine de la santé n'est donc pas permis par les textes actuels.

Or, la pratique suivie par le Pays s'écarte de ces principes fondamentaux.

Il a ainsi créé des comités locaux de santé, qu'il considère comme un outil de coopération avec les communes. C'est un dispositif initié par le ministère de la santé et sa direction, qui a pour but de promouvoir la santé au niveau communal. Le schéma de prévention et de promotion de la santé du Pays prévoit de redéployer une partie des missions de soins de santé primaire vers les «effecteurs» par l'intégration de la mission de prévention au sein des comités locaux de santé.

Ce comité réunit l'ensemble des acteurs locaux d'une commune. Il est présidé par le maire de la commune. Une fois établi par une délibération en conseil municipal, il élabore un état des lieux local. Puis il identifie les déterminants de santé sur lesquels une action est à mener. Enfin, il élabore et coordonne des actions promotionnelles de santé.

L'intérêt et l'enjeu de ces projets ne peuvent pas dispenser le Pays de s'assurer du respect des dispositions de la loi organique portant autonomie de la Polynésie française.

D'ailleurs, le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 prend acte de cette contrainte institutionnelle : «Les communes n'ont pas de compétence santé. Dans les faits, elles agissent pourtant souvent directement ou indirectement : transport sanitaire par les pompiers, lutte anti vectorielle, prévention primaire, interventions au travers du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). Le Schéma d'organisation sanitaire propose de faire reconnaître cette compétence, subsidiaire et notamment sur le volet mode de vie, santé communautaire et dans la déclinaison des orientations du Pays».

En l'état actuel du droit positif, la recommandation du SOS n'a pas été suivie. Alors même que le Pays indique dans ce document sa volonté « de faire reconnaître cette compétence, subsidiaire et notamment sur le volet mode de vie, santé communautaire et dans la déclinaison des orientations du Pays ».

En 2020, le plan « Covid Amui » initié par la direction de la Santé, vise à apporter un soutien technique aux communes sur le plan sanitaire et social. Le Pays considère ainsi le territoire communal comme un échelon pertinent d'action de la politique de protection sociale et la commune comme un interlocuteur privilégié de la modernisation des soins de santé primaires. Les communes ont un rôle notamment sur le cadre de vie et sur l'environnement qui sont des déterminants de la santé. Par ailleurs, elles exercent en pratique une aide sociale à l'égard de leur population la plus défavorisée sans transfert de compétence du Pays.

A ce titre, plus de 152 millions F CFP auraient été engagés par les communes dans le but d'aider les familles lors de la crise sanitaire[75]. La prise en charge de ces dépenses a été, a posteriori, régularisée par la loi du Pays n°2020-33 promulguée le 8 octobre 2020[76] fixant les conditions dans lesquelles les communes (…) peuvent intervenir en matière d'actions sociales à raison des difficultés engendrées (…) par la crise sanitaire.

Par ailleurs, le syndicat mixte en charge du contrat de ville de l'agglomération de Papeete (CUCS) a mis en œuvre plusieurs mesures d'urgence relevant de l'action sociale dans le cadre de la crise sanitaire dont la distribution de paniers ou bons alimentaires pour une valeur de 7,9 MF CFP. Le financement de cette action était assuré à 90% par l'État et l'agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT).

[75] Estimation SPC, juillet 2020.
[76] Texte adopté par l'APF le 20 aout 2020

Cette crise sanitaire inédite et ses conséquences sur les actions conduites par le Pays, la CPS, et les communes, devrait inviter la collectivité à entamer une réflexion pour l'avenir sur la cohérence du périmètre institutionnel d'action et de financement de l'action sociale.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le pilotage de la politique sociale par le Pays a bénéficié d'améliorations au cours de la période, par l'adoption en particulier de documents de planification à partir de 2016. En outre, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) a été créée en 2017 et le conseil d'orientation et de suivi des retraites a vu le jour en 2019.

La collectivité qui n'a donc pas ménagé ses efforts au cours de ces dernières années voit pourtant ses avancées contrariées, à cause d'éléments qui sont de son ressort et que la Chambre considère comme déterminants.

La politique sociale est depuis fin 2020 partagée entre trois ministères, alors qu'elle ne relevait que d'un centre de décision unique en 2017. Cet éparpillement a notamment placé face à trois interlocuteurs la nouvelle ARASS et la CPS. Les initiatives en faveur d'une interministérialité agile qui auraient pu compenser certaines conséquences de la scission n'ont pas produit les effets espérés. Le texte relatif à l'organisation sanitaire et sociale adopté le 28 novembre 2019 a été amputé de sa partie sociale et médico-sociale. Les dispositions attendues se font toujours attendre, et chaque interlocuteur consulté au cours de l'instruction renvoie la responsabilité de cette inertie à l'autre.

Les retards que la collectivité a accumulés avant 2016 l'ont placé face à une multitude de priorités, situation qu'elle a abordée en prenant le parti d'inscrire dans un délai court un trop grand nombre d'actions dans ses schémas et plans directeurs par rapport à ses capacités (schéma d'organisation sanitaire 2016-2021). Le plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille n'est pas accompagné d'un calendrier, mais contient 130 actions.

Un dispositif unifié de suivi statistique de l'état sanitaire et social est attendu. L'examen des conditions de faisabilité de ce projet a permis de confirmer la nécessité d'un déploiement préalable d'outils informatiques performants et des processus de travail correspondants dans les services et au CHPF. Une avancée significative dans ces domaines aiderait au développement de la télémédecine dans les îles.

La Chambre rappelle que le Pays a deux responsabilités particulières compte tenu de l'étendue de son autonomie institutionnelle, celle de stratège, ainsi que celle d'autorité réglementaire. Paradoxalement, elle ne mobilise pas les moyens humains internes adéquats. Elle est contrainte pour en atténuer les effets de recourir trop souvent à des compétences extérieures prestées. Le droit sanitaire et social n'est ni à jour, ni codifié, et les conditions de préparation des documents de planification ne sont pas normalisées. La rapidité constatée dans les processus de préparation de ses schémas directeurs ne peut être par la suite que contre-productive pendant l'exécution des maquettes, ayant trop souvent fait l'impasse sur des prérequis pourtant indispensables, s'empêchant d'emblée d'offrir la meilleure garantie de faisabilité et d'appropriation de chaque action envisagée : études de faisabilité et d'impact, chef de file, ministère et services à engager, partenaires, compétences techniques à mobiliser,

calendrier, budget prévisionnel et indicateurs de performance. Cette approche accomplie participerait à l'engagement d'une réflexion stratégique sur l'aménagement sanitaire et sociale du territoire à partir d'une cartographie des besoins de la population. En complément, il serait de meilleure gestion, une fois harmonisés, de veiller au respect des protocoles internes de suivi et de rendu compte des schémas directeurs (le SOS est silencieux sur cet aspect alors que le plan famille est précis).

Il s'agirait dès lors de tendre vers une obligation de résultats et non plus seulement de moyens dans ces outils de planification.

Pour mieux y parvenir, le gouvernement aurait intérêt à associer davantage les autres institutions du Pays, le conseil économique social, environnemental et culturel (CESEC) en réduisant le recours aux procédures d'urgence, et l'Assemblée, en instaurant en session publique un débat annuel distinct sur la trajectoire des dépenses sociales et sur sa soutenabilité à cinq ans, en vue de l'examen de l'équivalent d'une loi de financement de la protection sociale, outil demandé par la Chambre dans ses rapports précédents. En outre, le choix des indicateurs d'exécution et de performance des politiques publiques sanitaires et sociales pourraient faire l'objet d'une co-construction avec l'APF.

3 DES RENDEZ-VOUS MANQUÉS EN MATIERE DE RÉFORME

3.1 L'ambition entravée d'une réforme globale en 2016 en vue d'aboutir à une PSG 2

En 2005, l'accord tripartite Te Autaeaera'a associait le Pays, les organisations syndicales d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives. Ce texte esquissait notamment les lignes d'une réforme de la protection sociale généralisée et de ses modalités de financement.

Le projet, co-signé par le Pays, prévoyait notamment la création d'un régime maladie universel et un régime familial universel. Le régime maladie universel avait vocation à prendre en charge les gros risques soit l'hospitalisation, les évacuations sanitaires et le réseau de santé publique. Son financement par la fiscalité envisagé aurait dû entrainer une réduction significative du poids des charges sociales et salariales[77]. En complément et afin de limiter hausse des dépenses de santé, l'accord prévoyait le déploiement d'outils de maîtrise de la dépense, ainsi qu'un réseau informatique de santé polynésien. Il comprenait le développement d'un dossier informatisé du patient, d'un info centre permettant de développer une approche statistique globale de la santé des Polynésiens et un volet télémédecine.

[77] L'estimation était alors une réduction de 50 % des cotisations sociales.

Depuis, les tentatives de réformes d'ensemble ont échoué. L'instabilité politique observée dans les années 2000 n'explique pas tout.

En 2015, faisant à nouveau le constat de l'essoufflement global du système (ex : risque de non-paiement des retraites, augmentation de la population en longue maladie ou absence d'évaluations et de réformes régulières), une volonté de réforme a été réaffirmée. La réforme dite de la PSG 2 visait à revoir les modes de financement, de gouvernance et d'exercice de prestations de chaque pan de la protection sociale dans le but de proposer un système global et viable de la protection sociale. L'ambition de 2015 apparaît semblable sur le contenu à celle de 2005.

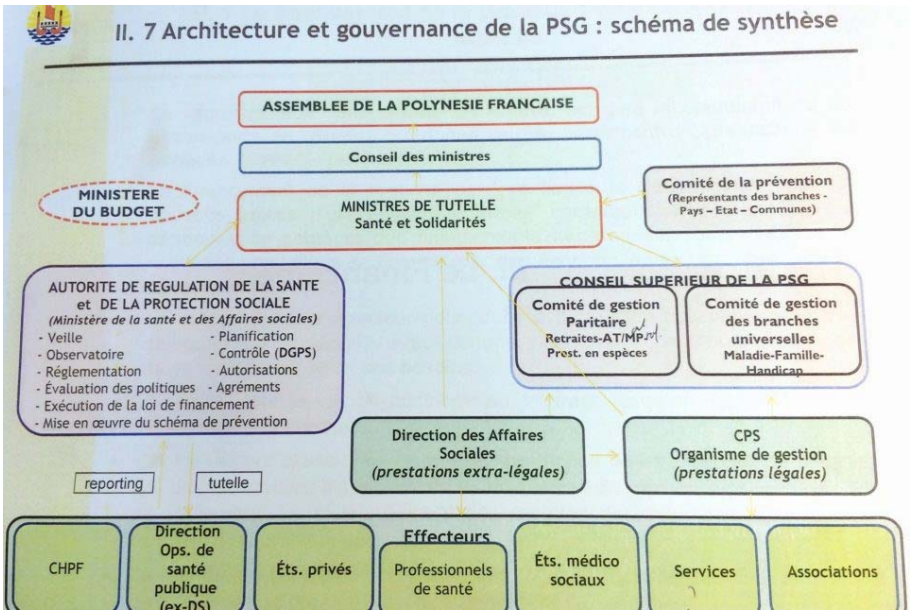
Ce projet a fait l'objet d'une concertation large avec les acteurs publics et privés.

Les piliers de la réforme, qui prévoyaient l'augmentation la part de la fiscalité dans les recettes, étaient alors :

- la création d'une branche maladie unifiée et une harmonisation des prestations ;
- l'adoption d'un financement assis sur l'ensemble des revenus ;
- une refonte de la gouvernance avec une revalorisation importante du rôle de l'APF par l'élaboration et le vote d'une loi de finances de la PSG ;
- la création d'une autorité de régulation de la santé et de la protection sociale ;
- la révision du statut de la CPS, pour devenir un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère en charge de la santé et des solidarités.

Cette nouvelle architecture prévoyait une gouvernance renouvelée. En effet, le système ayant vocation à ne plus être financé majoritairement par les cotisations, la collectivité estimait qu'elle ne pouvait plus maintenir le format paritaire dans le pilotage de la CPS.

Schéma n° 1 : Projet 2016 de la nouvelle gouvernance de la PSG 2



Source : réunion technique organisée par le Pays en avril 2016.

Cette nouvelle architecture, adoptée que très partiellement depuis avec la création de l'ARASS en 2018, prévoyait un seul ministère de la santé et des solidarités. Les conseils d'administration paritaires de la CPS évoluaient vers un format de consultation et de concertation. Dans ce schéma, l'ambition était de «restaurer l'autorité du Pays» (orientations stratégiques de la politique de santé adoptées en février 2016).

Suite à un mouvement de grève initié par les confédérations CSTPFO, CSIP, Otahi, O Oe To Oe Rima, COSAC et la fédération FSEP, un protocole d'accord de fin de conflit signé le 7 mai 2016 a conduit à l'abandon du projet de réforme globale.

Depuis, le Pays s'est engagé dans une série de réformes techniques successives, telles que le médecin traitant, l'apparition de paniers de soins ou l'harmonisation des prestations entre les trois régimes en vue de la création à terme d'une branche maladie unifiée. Néanmoins, la viabilité d'un système de protection sociale ne peut que reposer sur un ensemble de mesures cohérentes qui font défaut.

La collectivité a dressé le constat, à maintes reprises depuis 15 années, et sans équivoque, du besoin de réformer dans son ensemble la PSG. Parce que la protection sociale constitue l'une des bases du contrat social liant la collectivité aux citoyens, celle-ci nécessite plus encore que les réformes de modernisation soient engagées, réalisées et suivies.

3.2 Des adaptations dans l'attente d'une grande réforme

L'instauration du parcours et des paniers de soins font partie intégrante d'une politique globale du Pays que celui-ci peine à déployer. Par délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016, l'assemblée de la Polynésie française a approuvé les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé définies par le gouvernement. Ces orientations définissent la politique générale par la suite à décliner en plans sectoriels. La réalisation du schéma d'orientation sanitaire entre dans cette logique. Il présente quatre axes que sont :

- moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social ;
- améliorer le dispositif de protection sociale généralisée ;
- centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé ;
- garantir un système de santé de qualité.

L'action 2.1.4 du SOS prévoit l'amélioration de la couverture de santé primaire notamment par le renforcement de la coordination médicale et le parcours de soins présentés comme garants de la réponse médicale.

L'action 3.5.1 entend favoriser une approche cohérente de la prise en charge par le parcours de santé et par le médecin *traitant*. Le médecin *référent* a bien été mis en place depuis plusieurs années, mais ce dispositif a été cantonné à destination de la population inscrite en longue maladie.

L'axe 4.3 du schéma précise que l'organisation du parcours de soins doit permettre une plus grande cohérence des interventions et doit s'effectuer au plus près du patient. Cette volonté se matérialise par la création d'une coordination des parcours de santé et la formalisation de protocoles de prise en charge, reposant sur un cadre harmonisé en termes de qualité et de sécurité, le tout à un coût abordable.

Ainsi le médecin traitant, le parcours et le panier de soins répondent par leur combinaison à la mise en place d'une politique globale de prise en charge que le Pays a souhaité déployer. La mise en place d'un dossier médical partagé (DMP) apparaît comme une composante indispensable à la fluidité du système. De surcroît, c'est un outil nécessaire à la télémédecine.

Dès lors, la Chambre invite le Pays à construire une stratégie de développement du DMP en associant tous les acteurs de la santé, en parallèle du déploiement complet du dossier patient informatisé (DPI), qui se fait aussi attendre. La collectivité a indiqué que les ressources permettant d'envisager le DPI sont mobilisées depuis quelques mois, mais sans qu'elle soit en mesure de communiquer un calendrier précis.

Comme déclinaison pratique des orientations définies, la loi du Pays n°2018-14 vient préciser le rôle du médecin traitant[78], le parcours de soins coordonnés[79] et le panier de soins[80]. La mise en place opérationnelle de la loi vise à rationaliser le recours aux soins et à définir un panier de soins pour un besoin médical donné.

Les taux de prise en charge des actes et des soins médicaux

La prise en charge des actes et soins médicaux est de 70%[81] quand ils sont prescrits par le médecin traitant dans le cadre du parcours de soins. En dehors de ce parcours, le ticket modérateur est majoré[82]. Certains frais peuvent toutefois être pris en charge à 100%[83].

Concernant la longue maladie, la prise en charge des consultations médicales est de 95%[84], 100% pour les prescriptions de médicaments liés à la longue maladie, l'hospitalisation, les soins dentaires, les actes infirmiers et les analyses biologiques.

Les soins non liés à la longue maladie sont pris en charge au taux de 70%.

L'article 11 de la loi du Pays précise *« Le parcours de soins coordonnés permet une prise en charge globale, préventive et curative, continue et coordonnée, centrée sur le patient, au plus proche de son lieu de vie ».*

[78] Arrêté n° 738/CM du 16 mai 2019 relatif aux modalités de désignation du médecin traitant.

[79] 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.

[80] Arrêté n° 740/CM du 16 mai 2019 relatif aux paniers de soins.

[81] Arrêté n°2558 CM du 30 décembre 2010.

[82] Loi du pays n°2018-14 du 16 avril 2018 et arrêté n°587 CM du 22 mai 2020.

[83] Ex : hospitalisation, actes liés à la grossesse, évacuation sanitaire.

[84] Loi de pays n°2011-11 du 11 juillet 2011 et arrêté n°1027 CM du 21 juillet 2011.

L'article 12 dispose *« Le parcours de soins coordonnés comprend l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par le médecin traitant ainsi que l'ensemble des actes, prescriptions et prestations réalisés par les professionnels de santé et les prestataires de produits et prestations remboursables, vers lesquels l'assuré a été orienté par le médecin traitant ».*

Enfin l'article 18 prévoit que *« un panier de soins définit, pour un besoin médical donné, le nombre et la nature des actes, prescriptions et prestations pris en charge par les régimes de protection sociale polynésiens ».* Il a pour but de limiter les consommations non nécessaires de prestations médicales et médicamenteuses en mettant à la charge du patient les consommations considérées comme supplémentaires.

Or, l'arrêté CM n°740 du 16 mai 2019 a mis en place seulement trois paniers de soins. Ils concernent le rhumatisme articulaire aigu (RAA), l'insuffisance coronarienne chronique stable et l'hypertension artérielle. L'ARASS prévoyait pourtant dès 2019 l'adjonction de cinq paniers supplémentaires, l'obésité, le diabète, l'asthme, la goutte, et la filariose. Depuis, ces ambitions sont suspendues.

Ce lent déploiement est la conséquence notamment de la difficulté d'organiser un dialogue constructif avec les professionnels de santé, et plus largement d'une absence de définition partagée d'un projet.

La mise en place concomitante des dispositifs, médecin traitant, parcours coordonné, paniers et DMP, est indispensable à la réalisation de l'objectif suivi par le Pays. Les différents leviers peuvent alors être utilisés afin de développer chez les assurés un comportement plus favorable qu'un autre en ayant notamment une action sur les niveaux de prise en charge en fonction du parcours de soins suivi.

Le dispositif prévu par la loi du Pays n°2018-14 pourrait entrer en contradiction avec l'esprit initial des textes régissant la longue maladie, le premier pouvant venir se substituer au second. Le remboursement complet à l'acte lié, notamment, à la longue maladie n'est pas de nature à inciter les médecins à éventuellement moduler le volume, l'efficacité ou la qualité des soins dispensés.

La Chambre considère que la remise en cause des mécanismes de la longue maladie est un axe de réforme majeure du système de protection sociale polynésien. Il doit s'inscrire dans un projet de long terme qui ne sacrifie pas la qualité de prise en charge. La longue maladie, représente en 2020 environ 17% de la population et concentre 65% de la dépense de l'assurance maladie.

En soit le coût net de la longue maladie est égal, a minima, à la différence entre le taux de prise en charge de 70% du régime ordinaire et celui de 100%. Remettre en cause la longue maladie, qui est un statut médico-administratif, doit avoir pour objectif d'améliorer la responsabilité des acteurs de la santé primaire et des patients en vue d'éviter de développer des comportements pouvant amener à la longue maladie, ou bien de favoriser des changements de comportement notamment en cas de maladies dues à une hygiène de vie dégradée.

Ainsi, la première cause d'insuffisance rénale en Polynésie française est le diabète pour plus de 55% des cas recensés. Selon le CESEC, un patient dialysé représente en moyenne 10 millions de F CFP par an en termes de dépenses de santé.

Le taux de prévalence des assurés en longue maladie était de 4,5% en 1995. La tendance est préoccupante. Une action cohérente et complète à destination de la prévention est une nouvelle fois un axe de progrès indispensable.

3.3 Des marges de manœuvre de plus en plus réduites en matière de financements du régime des retraites

En 2030, selon l'ISPF, un polynésien sur cinq devrait avoir plus de 60 ans. Alors que cette population représentait 35 000 personnes en 2018, elle atteindra selon les projections 54 000 personnes à la fin de la décennie soit une augmentation de 55%. La Polynésie française connaît ainsi un choc démographique.

En 2020, plus de 36 000 personnes bénéficient d'une pension ou d'une allocation de retraite.

La Polynésie française présente un système de retraite par répartition. Il se compose de deux régimes. La délibération n° 67-110 du 24 août 1967 a institué un système de retraite par points dans lequel les cotisations des actifs financent les pensions (Tranche A)[85]. La délibération n° 95-180 AT complète le dispositif en ayant instauré la Tranche B.

En 2021, la Tranche A correspond aux revenus du travail compris du premier franc à 264 000 F CFP par mois. La tranche B s'applique à la rémunération mensuelle du travail comprise entre 264 001 F CFP et 520 000 F CFP.

Concernant les autres régimes sociaux, les délibérations n° 73-38 et n°74-11[86] créant le RNS prévoient la possibilité pour ses ressortissants de cotiser volontairement à la Tranche A du régime de retraite des salariés. En 2019, 580 ressortissants du RNS cotisent pour un salaire moyen déclaré de 145 000 F CFP[87]. Ils n'ont pas accès à la Tranche B.

Une allocation de solidarité aux personnes âgées (APSPA) ressortissantes a été introduite en 1995 par la délibération n°95-264 AT qui instaure le RSPF.

Un minimum vieillesse, le *«Moni ru'au»*, a été mis en place par la délibération n° 82-33 du 15 avril 1982 en 1982[88] dans le but de proposer un revenu décent aux personnes à la retraite[89]. Comme le rapport relatif aux prestations servies par la CPS l'a observé, l'architecture de ces compléments a été bouleversée par les accords paritaires « Te Autaeara'a » de 2010, sans que la délibération susvisée ne soit adaptée :

- l'allocation complémentaire de retraite (ACR) pour les retraités RGS qui ont cotisé moins de 15 ans (ACR-15 ans), est financée par Pays.

- l'ACR+15 ans est prise en charge par le RGS pour les retraités salariés.

[85] La délibération N°87-11 AT du 29 décembre 1987 remplace les points par des annuités
[86] Extension des dispositions aux professions libérales.
[87] Données COSR 2020.
[88] Délibération n° 82-33 du 15 avril 1982.
[89] Il s'adresse à toute personne âgée d'au moins 60 ans et résidant en Polynésie française depuis plus de 15 ans

Il constitue une allocation de solidarité à destination des ressortissants disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

En 2019, l'allocation vieillesse de solidarité (AVS) et le complément de retraite de solidarité (CRS)[90], viennent accompagner l'ACR. Le dispositif vise à valoriser les périodes d'activités des bénéficiaires des plus petites pensions pour limiter les effets de seuil induits par les réformes engagées en 2019 concernant les pensions les plus faibles en valeur, et ont ainsi vocation à s'éteindre en 2023. L'AVS constitue une allocation aux personnes dont l'âge est compris entre 60 ans et l'âge légal de départ en retraite et qui justifient des autres conditions d'attribution du minimum vieillesse après l'entrée en vigueur de la loi. Le CRS s'adresse aux titulaires de pensions de retraite au RGS pour l'essentiel.

Toutes ces prestations[91] tendent à constituer un revenu minimum garanti de la personne âgée dont le montant mensuel est de :

- 80 000 F CFP pour une personne seule ;
- 120 000 F CFP avec un conjoint à charge de plus de 45 ans ;
- 140 000 F CFP pour un couple.

3.3.1 La Tranche A

La délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 instaure une retraite par répartition sur la base d'annuités et est venu remplacer le précédent régime, mis en place en 1967, créé à partir d'un système de points. Les principaux paramètres du régime sont l'ancienneté acquise, le salaire moyen de référence et le taux par année cotisée.

Entre 1987 et 2014, les pensions étaient calculées en fonction d'un salaire moyen de référence (SMR) évalué selon les 5 meilleures années des 10 dernières années de cotisations. Une durée de cotisation de 35 années permettait l'obtention d'une pension égale à 70% du SMR. Entre 2014 et 2019, le SMR se basait sur les 10 meilleures des 15 dernières années. A partir de 2020, il est calculé à partir des 15 meilleures années des 20 dernières années.

En 1987, le plafond de cotisations de la tranche A était de 187 000 F CFP. En 2021, ce plafond est de 264 000 F CFP.

[90] Elles sont créées par la LP n°2019-6. Les bénéficiaires sont les titulaires d'une pension de retraite dont le montant est inférieur à 105 000 F CFP (arrêté n°2847 CM du 13 décembre 2019).

[91] ACR, AVS, aide aux vieux travailleurs salariés (AVTS) et allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA dont les bénéficiaires relèvent du RSPF).

L'article 9 de la délibération n°87-11 AT prévoyait une revalorisation annuelle des pensions en tenant compte de la variation de l'indice des prix constatée l'année précédente. La délibération 96-150 APF introduit la notion de salaire moyen, sans la définir, pour la révision annuelle. Enfin la LP. n°2019-6, entrée en vigueur le 1er juillet 2019, prévoit une révision des pensions «lorsque les conditions financières du régime le permettent». Les pensions de retraite ont été revalorisées quatre fois depuis 2011. La dernière réévaluation, au 1er mai 2022 a été de + 2% (soit postérieure à la date de la clôture d'instruction en février 2022).

Depuis 2019, l'évolution du montant des pensions est donc déconnectée de l'inflation ou de l'évolution du salaire minimum garanti. Elle répond plutôt à la volonté de sauvegarde du régime de répartition.

Les recettes du régime de retraite dépendent du niveau de l'emploi et des salaires versés, qui conditionnent l'assiette de cotisations. Le caractère incertain de la conjoncture économique justifie la création d'un fonds de réserve, dont la finalité est d'amortir les effets des périodes de moindre croissance ou de décroissance économique. Ce fonds peut aussi avoir vocation à anticiper des évolutions démographiques de moyen terme défavorables.

Le chapitre 3 de la délibération n° 87-11 AT prévoyait, sur ce point, un fonds de réserve ne pouvant être inférieur à cinq fois la moyenne des dépenses constatées au cours des trois derniers exercices, soit l'équivalent de cinq années de garantie. Cette durée de cinq ans peut répondre à un choc économique mais est insuffisant face à une détérioration de moyen terme due à un renversement démographique. Or, cette condition quinquennale n'a pas été satisfaite, malgré des périodes de croissance économique soutenue. La collectivité, au lieu de contraindre la CPS à respecter la règlementation prudentielle qu'elle avait édictée, a préféré réviser à la baisse le niveau de réserve obligatoire, fixé depuis 2019 à la moyenne annuelle des dépenses constatées au cours des trois derniers exercice[92], soit l'équivalent d'une année seulement de garantie. En 2020, avant la survenue de la pandémie, le niveau des réserves de la tranche A était de l'ordre de 16 Mrds F CFP ce qui couvre moins de six mois de prestations de retraite[93]. Or, ces six mois ne sont que théoriques, puisque la CPS disposant d'un compte unique à toutes les branches (assurance maladie et autres), le niveau réel de trésorerie peut être inférieur.

Dans ces conditions, la collectivité a compté exclusivement sur des ajustements paramétriques en révisant les taux de cotisations et mode de calcul des pensions.

En 1990, le taux de cotisation de la retraite du RGS était de 6,75%. Il a augmenté progressivement sur la période pour atteindre 19,83 % en 2016 et 22%[94] en 2020. La cotisation est supportée aux 2/3 par les employeurs et à 1/3 par les salariés. Tant l'assiette de cotisation que le taux n'ont pas permis d'atteindre l'équilibre général envisagé dans la délibération 87-11 AT.

[92] Loi du Pays n°2019-6 du 1er février 2019.
[93] Rapport 2020 COSR.
[94] On obtient un taux consolidé de 22,54 % si on intègre la cotisation FSR.

Tableau n° 16 : Evolution des taux de cotisation aux régimes

Année	Tranche A	Tranche B
2013	16,77	14,43
2014	18,15	15,54
2015	19,02	15,99
2016	19,83	17,43
2017	20,34	17,43
2018	20,85	17,43
2019	21,36	17,43
2020	22	17,43

Source : CPS

En 2021, l'âge légal[95] de départ à la retraite est fixé à 61 ans[96]. Il sera établi à 62 ans à partir de 2023. La durée de cotisation sera alors de 38 annuités. Un âge *suffisant*, auquel aucun abattement ne sera appliqué, a été instauré à 65 ans.

Le départ en retraite anticipée est retardé, notamment depuis la réforme de 2019. Il est possible à l'âge de 55 ans avec une durée de cotisations minimale de 30 ans en 2020. Elle sera portée à 33 ans en 2023 alors que la durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein sera de 38 ans.

Le taux d'abattement par anticipation d'âge du départ en retraite avant l'âge légal est de 1,5% par trimestre en 2020. L'abattement de durée en cas de trimestre manquant s'établit à 0,5%. Au vu de la durée de cotisation de 38 années requis et l'importance des carrières incomplètes observé en Polynésie française, cet abattement constitue in fine une très forte incitation au maintien de l'activité jusqu'à 65 ans.

Indépendamment de la crise économique et sociale liée à la covid-19, les paramètres du régime de la Tranche A, (assiette, taux, plafond des cotisations, conditions de départ à la retraite et provisionnement des réserves face au risque), se sont difficilement soutenables.

Avant la réforme de 2019, selon le COSR, un salarié partant à la retraite récupérait l'ensemble des cotisations versées en seulement 4,9 années. Cet élément tend à indiquer que la tranche A ne constituait pas véritablement un système de retraite solidaire entre générations.

D'ailleurs, le régime a commencé à présenter un résultat négatif depuis 2008, obérant dès cette époque la pérennité du système.

[95] L'âge «légal» est fixé à soixante ans au 1er juillet 2019. Il sera augmenté de six mois au 1er janvier de chaque année civile suivante pour atteindre soixante-deux ans. (LP. n° 2019-6 du 1er février 2019, art. LP. 2)

[96] Sauf cas de travaux pénibles ou d'inaptitude médicale.

Cumulé avec le choc démographique observé depuis une dizaine d'années dont les effets sur la dégradation du ratio effectif de pensionnés sur actifs cotisants ne font que démarrer, les marges de manœuvre créées par les réformes paramétriques sont en voie d'épuisement. En l'état, le taux de couverture des engagements par des actifs est inférieur à 25%, et le financement par les futurs adhérents a atteint ses maxima pour l'essentiel. Dans ces conditions, le régime devrait être en cessation de paiement dès 2022[97] (dès 2021 sans l'apport de financement de branches excédentaires étant donné le déficit prévisionnel de 6 Mrds F CFP).

La collectivité a annoncé publiquement un projet de réforme supplémentaire en 2022.

3.3.2 La Tranche B

La délibération n° 94-6 du 3 février 1994 a instauré le régime de retraite dit de Tranche B. Il complète la Tranche A et permet aux salariés disposant d'un salaire dépassant le plafond de la Tranche A de pouvoir cotiser sur la portion de revenus supérieure afin de limiter une baisse de revenus plus importante à la retraite. Il se déclenche au franc supérieur au plafond de la Tranche A. Á la différence de la Tranche A, c'est un système de retraite par points. En 2021, la valeur d'achat du point[98] est de 590,4 F CFP et la valeur servie du point est de 11,81 F CFP.

Le plafond de la Tranche B est en 2020 de 520 000 F CFP (Tranche A plafonnée à 264 000 F CFP).

Les paramètres d'âge et de durée de cotisation sont identiques aux deux Tranches. En revanche, le taux de cotisation de la Tranche B s'élève à 17,43% depuis 2016, contre 22,54% pour la Tranche A. Malgré la différence de taux de cotisation, le rendement[99] est identique pour les deux Tranches. A cotisation moindre en valeur relative et à salaire supérieur, il est donc plus favorable d'être un ressortissant de la Tranche B que de la Tranche A. La justification de cette différence n'a pas pu être établie au cours de l'instruction.

Le taux de rendement du régime TB apparaît ainsi très favorable. En l'état, le taux de couverture des engagements par des actifs est inférieur à 10%. Cette tendance, confirmée en 2020, doit interroger le Pays sur la viabilité et sur la pérennité du dispositif.

Le projet initial par point a ainsi été dévoyé, pour évoluer vers un système mixte, sans pour autant faire coïncider les recettes aux dépenses. L'octroi, à l'origine, de pensions calculées à partir de points obtenus sans contrepartie, c'est-à-dire sans versement de cotisations apparaît constituer une faiblesse majeure et indépassable encore à l'heure actuelle pour l'équilibre du système. Ainsi, au 31 décembre 2020, les «points gratuits» non financés, représentent 39% des points des actuels retraités. La modulation de la valeur de service du point obtenu sans contrepartie de cotisation apparaît comme un axe de réforme potentiel. A minima, le taux de rendement réel du régime doit se rapprocher du niveau de rendement suffisant pour atteindre un équilibre global. Une déconnexion complète entre la valeur d'acquisition du point et sa valeur servie doit être envisagée.

---

[97] Les réserves de trésorerie disponibles sont de 1,7 Mrd F CFP en 2020 pour un résultat négatif de 5,5 Mrds F CFP.

[98] Ou Salaire Horaire de Référence (SHR).

[99] Soit 2% de la valeur du salaire Horaire de Référence concernant la Tranche B.

3.4 L'annonce d'une réforme d'envergure par la conduite d'une démarche participative

En 2020, le ministre des finances, de l'économie, en charge de l'énergie, de la réforme de la PSG et de la coordination de l'action gouvernementale a constitué un groupe de travail qu'il a appelé «Task Force». L'objet de ce groupe d'experts est d'établir un état des lieux et « d'élaborer un projet de réforme basé sur une large consultation de toutes les parties prenantes ».

Ce groupe de travail comprend notamment le directeur de l'ARASS, le président du conseil d'administration du régime des salariés à la CPS, le directeur de la CPS, une représentante de l'Assemblée de la Polynésie française, la directrice de cabinet du ministre de la santé ou son représentant, ainsi qu'un représentant du monde économique.

Au préalable, la Chambre s'étonne de l'absence de représentants issus des sphères sociale (ministère et DSFE). Un groupe d'experts restreint peut, certes, répondre à l'objectif de conduire des réflexions stratégiques dans un délai contraint, mais la réforme de la protection sociale et de la CPS, au vu de l'importance des enjeux pour toute la société polynésienne, aurait mérité une démarche davantage inclusive et participative. Il est paradoxal que des instances du Pays ou créés par lui-même n'aient été que peu sollicitées comme le COSR, et que le CESEC ait fait l'objet d'une procédure de saisine en urgence.

A défaut de comptes-rendus communiqués, il semble que les travaux conduits soient la source de deux projets de loi du Pays, le texte adopté n°2021-54 LP/APF du 23 décembre 2021 portant réforme de la gouvernance de la protection sociale généralisée, et la loi du Pays n°2021-55 du 27 décembre 2021 portant simplification et performance du système fiscal, en faveur de la solidarité et de l'emploi.

La Chambre estime que l'importance des enjeux doit, au contraire, inviter à la transparence des processus préparatoires.

3.5 La prévention des maladies non transmissibles du XXIe siècle reste entravée

La couverture de santé primaire inclut selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) d'abord la médecine préventive, puis la médecine curative. La Haute autorité de santé (HAS) indique par ailleurs que : «la prévention *consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités; sont classiquement distinguées* ***la prévention primaire*** *qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination, modification des habitudes alimentaires, activités physiques et sportives…),* ***la prévention secondaire*** *qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages, dossier médical partagé pour le suivi), et la* ***prévention tertiaire*** *qui agit sur les complications et les risques de récidive (suivi médical)*.»

Cette doctrine pourrait avantageusement être reprise dans la documentation de cadrage de la collectivité.

Parmi les actions qui peuvent rentrer dans le champ de la prévention primaire, l'accompagnement et l'incitation de la population à adapter son alimentation et son activité physique pour prévenir le surpoids est mentionné comme l'une des priorités du Pays, et est inscrit à raison dans les PAP successifs. Il s'agit en particulier d'instituer une fiscalité dite comportementale en majorant les taxes sur les composants nocifs et sur les promotions publicitaires concernant les produits alimentaires dont les teneurs en graisses saturées, en sucre, ou en sel sont élevées.

La volonté affichée depuis plusieurs années par le Pays d'instaurer une véritable fiscalité comportementale n'a jamais abouti (Cf. les développements sur cet aspect au § 3.5.4).

Cela apparaît difficilement compréhensible au vu des objectifs de santé publique affichés, (notamment la priorité 4 de l'axe 1 dans le schéma de prévention 2018-2022), et de la situation préoccupante connue dans ce domaine, et des initiatives fortes analogues que la collectivité est parvenue à engager sur le tabac. En effet, les tarifs de droits de consommation sur les tabacs ont effectivement augmenté de 38,7% en 2017, ce qui a entrainé une baisse de l'importation de tabac de 19% la même année. Depuis, ces tarifs augmentent de 5% par an. Le Pays a ainsi démontré sa capacité à mettre en place une fiscalité comportementale.

De son côté, la CPS a créé, sur demande du Pays, des fonds de prévention pour financer, sous la forme de dotations annuelles, des porteurs de projets. La Chambre a demandé à la caisse de modifier son périmètre d'intervention, en confiant en totalité la prévention publique à la collectivité, afin d'éviter tout éparpillement des crédits et des initiatives.

Un sous-investissement récurrent dans ce domaine conduit à des conséquences humaines, sociales et économiques majeures. Dans le cas d'un choix de minorer les dépenses de prévention, les coûts correspondants évités à court terme aboutissent à des dépenses fixes parfois plus lourdes par la suite. Le dimensionnement de la politique sociale doit intégrer les conséquences socio-économiques et budgétaires sur le long terme de la dépense sociale. La dépense doit ainsi être évaluée selon un prisme à trois niveaux. La dépense liée à la «prévention» doit être systématiquement privilégiée. La dépense «d'accompagnement» doit être suffisante afin de limiter l'impact d'un état indésirable. Et la dépense de «compensation», aujourd'hui largement dominante en Polynésie française qui privilégie les actions curatives, doit être appropriée. L'équilibre entre ces différentes dépenses doit être régulièrement évalué afin de réduire la probabilité de basculer vers le niveau de dépense suivant.

La logique de la dépense actuelle doit donc être inversée.

3.5.1 Une situation alarmante bien documentée, l'exemple du diabète de type II

En 2000, l'Organisation mondiale de la Santé précisait déjà que l'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 29,3 kg/m^2 en Polynésie française[100]. Par ailleurs, 70% des personnes interrogées étaient en surcharge pondérale, dont 40,4% au stade de l'obésité. Seuls 30% de la population présentent des valeurs d'IMC normales.

Ces données permettent de considérer que 45% des polynésiens présentent un risque majoré de développer des maladies non transmissibles. Cette proportion estimée comme

[100] L'OMS considère que le surpoids commence en moyenne à 25 kg/m^2.

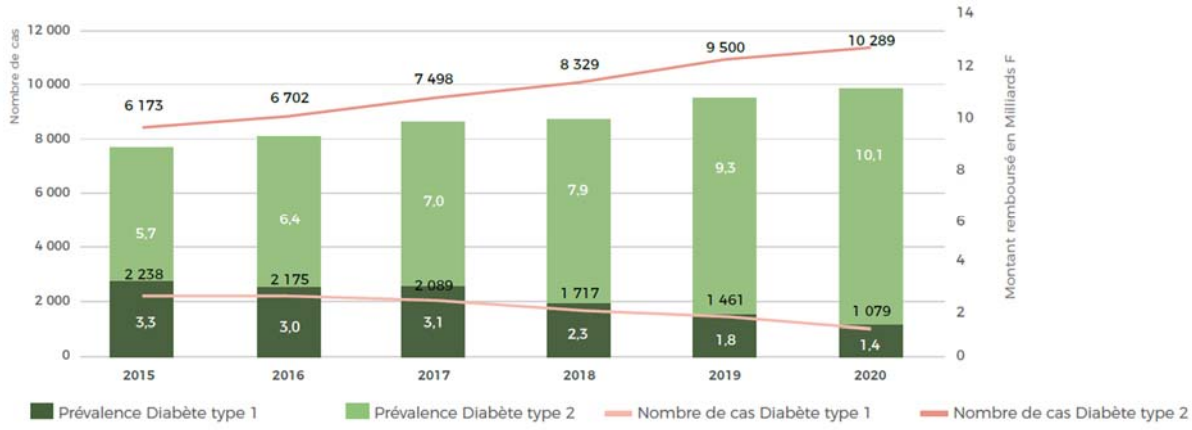
alarmante par l'OMS justifie la nécessité de l'engagement de moyens techniques et financiers significatifs à moyen et long terme.

L'exemple de la prise en charge du diabète de type 2 illustre la difficulté pour le Pays d'assurer sa mission de prévention.

Il s'agit d'une maladie de long terme qui comporte différentes phases. Le pré diabète constitue la phase initiale qui peut être dépisté. Une phase infraclinique et asymptomatique apparaît ensuite, elle peut durer près de 10 années. Enfin, une phase avec des complications chroniques s'installe.

La durée longue constatée de la mise en place de la maladie implique qu'elle n'est pas une fatalité, à condition que le dépistage et la prise en charge soient engagés à temps. Un suivi précoce et régulier permettrait de limiter l'évolution de la maladie dans un contexte où 50 % des malades ne seraient pas conscient de leur pathologie.

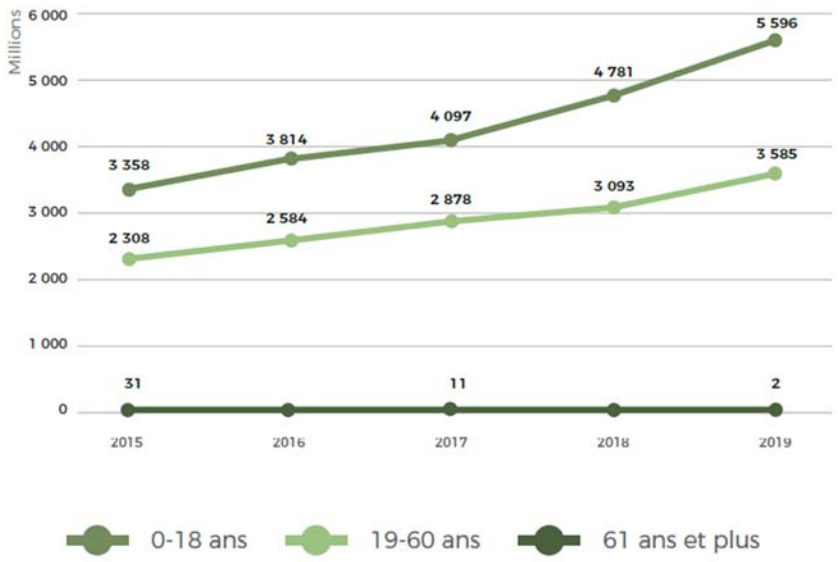
Graphique n° 1 : Évolution du diabète en longue maladie



Source : CPS

En 2017, la direction de la Santé estimait que le taux de prévalence du diabète de type 2 en Polynésie française est de 22% soit plus de 45 000 personnes (dont 22 000 seraient non diagnostiquées). Entre 2007 et 2017, 740 individus ont intégré en moyenne chaque année le dispositif de la longue maladie au titre du diabète, soit 20% des nouveaux cas de longue maladie.

Graphique n° 2 : Évolution du montant remboursé par le diabète de type 2 en longue maladie par tranche d'âge



Source : CPS

3.5.2 L'appui volontariste à des initiatives multiples d'accompagnement et de sensibilisation est insuffisant

Des actions de prévention sont conduites depuis plus de vingt ans en Polynésie française.

En 1999, le programme «Vie Saine et Poids Santé» développé par le Pays visait à promouvoir des comportements alimentaires sains et la pratique régulière d'une activité physique. Cette initiative avait en partie pour but de réduire certains des principaux facteurs de risques liés à l'apparition des maladies non transmissibles à savoir la sédentarité et l'alimentation déséquilibrée.

Cet élan a semble-t-il souffert des arbitrages budgétaires conduits au début des années 2010 lorsque la collectivité a dû faire face aux effets de la crise économique survenue en 2009.

Dans le document d'orientation budgétaire relatif à 2016, le Pays précise en effet que *«Dans le domaine de la prévention, alors que la Polynésie française était un exemple régional dans le développement de ses programmes, la réduction drastique des moyens budgétaires qui lui étaient consacrés avec la suppression du fond de prévention en 2010, a entrainé la suspension de certaines activités. De ce fait, les programmes relatifs au dépistage des cancers gynécologiques, à la lutte contre l'alcool et la toxicomanie, à la lutte contre le diabète et l'obésité, aux campagnes de vaccination, à la surveillance et au contrôle des maladies infectieuses et de gestion des épidémies, au contrôle de l'hygiène et de la salubrité publique, sont partiellement mis en œuvre faute de moyens et de pilotage, et manquent cruellement d'efficacité».*

La dynamique a été relancée par la suite, incarnée par la formalisation, par la direction de la santé, d'une stratégie de prévention. Déclinaisons actuelles du schéma de prévention et de promotion de la santé 2019-2022, les cinq programmes et un schéma organisent l'action de la collectivité et de ses partenaires dans ce domaine :

- schéma directeur et programme d'actions polynésien pour le développement des activités physiques adaptées 2019-2023 ;

- programme d'actions de lutte contre les addictions en Polynésie française 2019-2023 ;

- programme de lutte contre les maladies tropicales négligées en Polynésie française 2019-2023 ;

- programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023 ;

- programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu (RAA) en Polynésie française 2019-2023 ;

- programme de Modernisation des Soins de Santé Primaires de Polynésie française 2019-2023.

Le Pays a ainsi émis le souhait de réinvestir le domaine de la prévention en priorisant ses moyens sur la lutte contre le surpoids et l'obésité et les maladies liées telles que l'hypertension, l'insuffisance rénale ou encore les troubles cardio-vasculaires, qui impactent fortement les dépenses de santé. Cette volonté devait se concrétiser par la création d'espaces propices à l'activité physique, la diminution de la pression consumériste par l'encadrement de la publicité en faveur de l'alcool et des produits trop gras, sucrés et salés, et la valorisation des comportements sains dans les médias et dans l'environnement quotidien de chacun.

En complément des actions en faveur du bien-être de la population figurent dans les Objectifs de Développement Durables (ODD) développés par l'Organisation des nations-Unies et repris par le Pays notamment dans le rapport du gouvernement relatif au débat d'orientation budgétaire 2021.

Ainsi, la réduction des causes directes de décès et de maladies (dont le diabète) et l'amélioration des facteurs qui influencent indirectement la santé (pauvreté, chômage, inégalités de genre...) sont une nouvelle fois présentées comme une priorité.

En 2019, le Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) a publié un rapport intitulé «Le diabète : un défi vital pour la Polynésie». Il indique que le coût total du diabète, estimé en 2017 représente 11 Mrds F CFP par an, dont 9,7 Mrds F CFP au titre de la longue maladie et 300 MF CFP au titre du diabète simple. Cette maladie représente 28% des dépenses liées à la longue maladie.

Outre les dépenses de santé, le diabète est à l'origine de nombreux coûts indirects pour la société. Il peut être la cause d'un éloignement du monde du travail ou une mise en retraite anticipée.

Malgré les objectifs affichés par le Pays et le rappel pertinent effectué par le CESEC, la dynamique de la maladie ne s'infléchit pas en Polynésie française.

Le rapport du CESEC pourtant documenté, n'a pas constitué un effet déclencheur adéquat pour le Pays. Ce document présentait une situation dans laquelle une consommation excessive de graisses saturées et de sucres rapides, associée à un manque d'exercice physique, constituait un risque accru de développer de l'obésité et du diabète[101]. Le CESEC proposait alors de modifier l'environnement nutritionnel de telle sorte à développer des comportements sains pour toute la population.

A cet effet, différentes actions ont été engagées avec le soutien du Pays ou à son initiative, en faveur de publics spécifiques à savoir notamment les jeunes et les salariés. La collectivité a recensé 10 dispositifs, le plus ancien a été créé en 2017. Ils concernent la lutte contre l'obésité et la promotion de la santé tout au long de la vie.

Les initiatives comme «mon entreprise active» et «mon administration active» développées précédemment contribuent aussi à maintenir la prise en charge de l'individu tout au long de sa vie. Les actions sur la nutrition et le fait de favoriser une pratique sportive dans le monde professionnel sont le prolongement naturel des actions engagées.

La quatrième institution de la Polynésie française préconisait notamment de s'appuyer sur l'environnement quotidien via les restaurations scolaires et collectives afin d'influer sur les habitudes de vie et alimentaires des polynésiens de tout âge dans leur quotidien. La prévention de la pathologie dès le plus jeune âge, notamment par l'organisation d'un petit déjeuner à l'école maternelle et primaire peut être de nature à développer des habitudes alimentaires plus saines que l'individu gardera tout au long de sa vie.

Un programme de médecine scolaire orienté essentiellement vers la prévention du surpoids et de l'obésité pourrait encadrer les individus et observer les effets de la politique, matérialisée par un plan pluriannuel, sur les cohortes d'individus. Dans cet esprit, des actions collectives sont engagées, avec le soutien du Pays. Les deux dispositifs « école en santé » et « centre des jeunes adolescents en santé » sont ainsi mis en œuvre depuis 2017 afin de promouvoir la santé à l'école, action soutenue par la direction de la Santé et la direction générale de l'éducation et des enseignements[102]. A fin 2021, 3 CJA et 14 écoles ont obtenu le label «école en santé» touchant 3 500 élèves.

A l'opposé de ces initiatives positives et nécessaires, et à cause d'une règlementation incomplète, des commerces ambulants de type restauration rapide sont situés à proximité des établissements scolaires ou des distributeurs de confiserie et de boissons sucrées sont installés à l'intérieur des écoles. Sans cordon sanitaire, les engagements militants en faveur de la santé et du bien-être des jeunes ne peuvent que se révéler insuffisants.

La régulation de la qualité nutritionnelle des aliments, par des actions de sensibilisation ou d'accompagnement de groupes, se heurte à l'absence d'une fiscalité comportementale, plusieurs fois évoquée par la collectivité, mais jamais mise en œuvre.

[101] Et certaines maladies associées comme les maladies rénales. Le risque de développer une telle maladie est 10 fois plus élevée chez les personnes atteintes de diabètes.

[102] Charte de collaboration du 21 juillet 2019.

3.5.3 Une véritable fiscalité comportementale reste un objectif inaccessible

Le nombre de personnes diabétiques a été multiplié par plus de 3 entre 1995 et 2018. Le nombre de personnes en affection longue maladie a quadruplé en 10 ans.

La trop grande consommation de boissons sucrées est régulièrement mise en cause par les scientifiques, en raison de son implication directe dans certaines maladies chroniques.

25 millions de litres de sodas sucrés seraient consommés chaque année en Polynésie française, soit une moyenne annuelle de 90 litres par habitant. Cette statistique ne prend donc pas en compte les autres boissons contenant du sucre ajouté comme certains jus de fruit et boissons énergisantes. Cette consommation qui est observée parfois dès le plus jeune âge, contribue à l'apparition de maladies telles que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. 46% des jeunes polynésiens âgés de 13 à 17 ans déclarent boire des boissons gazeuses sucrées au moins une fois par jour[103].

En complément, une enquête en 2014 de l'OMS montrait que les boissons sucrées sont consommées par les enfants pour 10% dès le petit déjeuner et par 22% lors du goûter de 9h00 ou de l'après-midi[104].

Les maladies liées à la consommation de produits alimentaires dont la surconsommation est nocive constituent l'une des principales causes de la mortalité prématurée (soit 40% des décès avant 65 ans). Elles entrainent des coûts de prise en charge massifs qui doivent inciter le Pays à adopter un comportement extrêmement volontariste en la matière.

La collectivité a mis en place à compter du 1er janvier 2002 une taxe de consommation pour la prévention (TCP)[105]. Elle s'applique à l'importation des boissons alcooliques ou sucrées, des sucreries et des crèmes glacées pour certaines postions douanières. Le produit était affecté au budget de « l'établissement public administratif pour la prévention ».

En 2016, le Pays a communiqué son souhait de modifier la consommation d'éléments nocifs pour la santé à partir de leviers fiscaux pour lutter contre les maladies civilisationnelles, mais sans qu'il y parvienne. En 2017, la modification de la TCP envisagée visait une nouvelle fois à mettre en cohérence, selon la collectivité, le niveau de la fiscalité avec les objectifs de santé publique, pour une mise en œuvre à partir de 2018. A l'origine prévue pour les produits sucrés, le mécanisme avait vocation à s'étendre aux produits salés et gras.

Une note publique de la direction des impôts et des contributions publiques (DICP) indique sur cet aspect que «Les maladies telles que l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'arthrose, les cancers liés aux modes de vie sont un enjeu sanitaire et économique majeur pour la Polynésie française.» et que «Sans aller jusqu'à interdire ces facteurs de nocivité pour la santé, il est déjà possible d'en canaliser l'évolution par la «fiscalité comportementale» qui définit l'ensemble des outils fiscaux utilisés par les pouvoirs publics pour influencer le comportement des agents économiques.»

---

[103] D'après l'enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française, menée en 2016.

[104] Page 14 du rapport de présentation de la commission de l'organisation sanitaire du 8 septembre 2020.

[105] Délibération n° 2001-208 APF du 11 décembre 2001 approuvant le budget général du territoire pour l'exercice 2002.

L'aménagement de la TCP envisagé prévoyait de répondre à un double objectif, celui de pousser les consommateurs à moins consommer des produits sucrés, et de dissuader les producteurs de proposer des produits dont la teneur en sucre ajouté est élevée.

Il s'agissait de moduler la taxe selon le taux de sucre par gradient (Cf. le tableau n°22), de renommer la «taxe sur la production de boissons alcoolisées et de certains produits sucrés» par la TCP, et d'intégrer de nouveaux produits. Dès lors, ces deux taxes devaient s'appliquer à certains produits importés et à leur équivalent produit localement. L'Assemblée a adopté la loi du Pays n° 2018-41 le 11 décembre 2018 pour une mise en œuvre à compter du 1er juillet 2019.

Tableau n° 17 : Taxation envisagée selon la teneur en sucre

	Teneur en sucre pour 100 g ou 100 ml	Importé (F/kg ou L) TCP 2001 revue Code des douanes	Local (F/kg ou L) Code des impôts
Gradient 1	0 à 4,99 g	0	0
Gradient 2	5 à 9,99 g	30	21
Gradient 3	10 à 29,99 g	60	42
Gradient 4	30 g et +	120	84

Source : Rapport sur le projet de la loi du Pays n°2018-41

Ce projet souffrait d'emblée de limites. Il avait pour ambition d'ajouter aux enjeux de santé public le soutien à l'activité locale, ce qui est contradictoire dans le cas présent. A teneur de sucre identique, les produits locaux sont moins taxés, alors que le sucre, quel que soit sa provenance est aussi nocif pour la santé. Au surplus, un abattement de 50% était prévu pour les jus de fruits et légumes sans sucres ou édulcorants ajoutés ainsi que les confitures, que ces produits soient importés ou produits sur place.

Cela apparaît contraire encore une fois à une logique de fiscalité comportementale visant à réduire la consommation de sucre. Ce dispositif initial faisait preuve d'une ambition relativement mesurée, mais qui allait dans le bon sens par la mise en œuvre d'une taxe proportionnelle au taux de sucre. Son assiette réduite[106] (boissons de substitution, produits gras et salés) apparait insuffisamment incitative pour l'orientation des consommateurs vers des pratiques estimées plus favorables pour leur santé.

En 2019, soit une année après le vote de la loi de Pays précitée et avant son application, la collectivité a fait marche arrière, en abrogeant le texte susmentionné. La Loi du Pays n° 2019-21 est venue réduire la portée du texte au motif de ne pas affecter la compétitivité des entreprises, producteurs et distributeurs, implantées en Polynésie française.

[106] Dans une évaluation de la taxe soda, l'Institut National de la Recherche Agronomique a, en 2017, démontré le faible impact de la taxe en raison des substitutions entre boissons sucrées et jus de fruits.

Il résulte de ces constats que la taxe n'a pas été pensée afin de limiter la consommation de sucre ou inciter les producteurs à diminuer les taux de sucre dans les aliments, mais dans le but de dégager une recette suffisante mais réduite, alors estimée entre 400 et 600 MF CFP, permettant d'alimenter un fonds de prévention ayant pour but la mise en place de moyens adéquats[107]. L'outil fiscal de lutte contre les maladies civilisationnelles a alors été transformé en mesure de rendement.

Malgré ces lacunes, cela pouvait être considéré comme un premier pas dans l'affirmation d'une volonté d'instaurer une mesure de fiscalité comportementale visant à accompagner un problème de santé publique.

L'instauration d'une mesure fiscale visant à modifier les comportements des consommateurs passe par l'instauration d'un signal prix[108] nécessaire à la prise de conscience des acteurs. Le signal prix incite tant les producteurs que les consommateurs à adapter leur comportement afin de s'adapter à la nouvelle règle fixée. L'assiette de cette taxe doit être constituée de tous les produits sucrés[109] afin de ne pas créer des mécanismes de contournement.

Ces éléments indiquent que la politique publique de prévention des maladies civilisationnelles actuelles doit s'appuyer sur des outils à la fois généralisés et adaptés à différents profils, ce qui est fait la difficulté. Cela vient en contraste avec les politiques de prévention dites du XXe siècle qui abordent les pathologies transmissibles sous un format standard adapté aux besoins. La réponse publique consiste pour les maladies transmissibles en effet en l'administration uniforme de traitements à l'ensemble de la population selon un rythme prédéterminé. Sur cet aspect, la collectivité a enregistré de bons résultats, comme la lutte contre la filariose lymphatique, maladie quasiment éradiquée en Polynésie française. Mais ce modèle ne fonctionne pas concernant les maladies du XXIe siècle, qui nécessitent une approche à la fois plus globale et segmentée finement par profils.

Dans ces conditions, la collectivité est placée dans l'obligation d'actionner à la fois tous les volets qui sont à sa disposition : promouvoir et sensibiliser, animer des partenariats pour agir dans tous les déterminants de la santé (équipements), réguler la publicité, et instaurer une fiscalité comportementale complète. Au-delà d'une mobilisation forte des crédits, il s'agirait de faire preuve de créativité pour mettre en place une politique de prévention inédite et adaptée aux conditions culturelles locales. Elle pourrait utilement renouveler ses partenariats et ses modes opératoires. L'exemple des contrats à impact social pourrait initier ces nouvelles pratiques.

[107] Délibération n° 2017-114 APF du 7 décembre 2017 portant création d'un compte d'affectation spéciale dénommé "Fonds de prévention sanitaire et sociale".

[108] Supérieur, a minima, à 10% du prix initial.

[109] Hors dispositifs médicaux.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les ambitions de réforme de la PSG sont annoncées par les gouvernements successifs depuis au moins 2005. La réforme dite de la PSG 2 visait à revoir l'architecture de la protection sociale instaurée en 1995 (les modes de financement, de gouvernance et d'exercice des prestations) dans le but de proposer un système viable globalisé. En 2015, des travaux appuyés d'une démarche participative ont été engagés. Cet élan a été arrêté suite au protocole de fin de conflit social le 7 mai 2016. Depuis, le Pays a fait le choix d'une politique modulée dans le temps par le biais de réformes techniques, qu'il n'a pas systématiquement fait aboutir, comme c'est le cas de la politique de prévention.

La loi du Pays n° 2018-14 fixe le rôle du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés et le panier de soins. Cet ensemble a pour objectif affiché de maîtriser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité de prise en charge des assurés sociaux. La collectivité n'est pas encore allée au bout de la démarche. Ainsi, seuls trois paniers de soins ont été réglementés, alors que l'ARASS en a préparé huit au total. En cause, l'impact prévisible de cette réforme sur le régime de la longue maladie qui semble constituer un obstacle indépassable. A cela s'ajoute le retard dans le déploiement des outils digitaux comme le dossier médical partagé, pourtant annoncé depuis au moins 10 années.

Loi du Pays n° 2019-6 du 1er février 2019 a modifié certains paramètres du régime de retraite, afin de repousser l'horizon de soutenabilité financière. La collectivité est confrontée à deux difficultés majeures, amplifiées par les effets de la crise sanitaire. Le financement des réserves règlementées qui s'imposent par principe à la CPS, gestionnaire des fonds, n'est pas assumée, privant l'opérateur et la collectivité d'un filet de sécurité. A côté de l'enjeu de l'équilibre des comptes, le rétrécissement de l'écart des revenus entre les pensionnés de la tranche A et le minimum vieillesse pose la question de la cohérence globale du dispositif vieillesse.

Les marges de manœuvre se révélant de plus en plus étroites, la collectivité n'a pas eu d'autre choix que de s'engager à nouveau dans un chantier de réformes d'envergure. Deux textes ont été adoptés en fin de période, le premier en matière de gouvernance et le second, en vue de créer une fiscalité additionnelle accompagnée d'une majoration de la contribution de solidarité territoriale.

En matière de prévention, la Chambre a identifié pas moins de six schémas directeurs et programmes qui couvrent la période 2019-2023, déclinaisons du schéma de prévention et de promotion de la santé 2019-2022. Ces dispositifs devaient être soutenus en particulier par l'instauration en 2019 d'une véritable fiscalité comportementale. La loi du Pays a été abrogée avant de pouvoir entrer en vigueur. Au regard de la situation sanitaire et sociale dégradée et de l'urgence que cela impose, le Pays ne peut pas se contenter de fonder sa politique de prévention exclusivement sur les nombreuses énergies militantes publiques et privées, au risque de les décourager, et ainsi de continuer à assister à la dégradation de l'état de santé des polynésiens.

4 UN CADRE D'ACTION À MODERNISER

4.1 L'organisation des prestations d'action sociale

En matière d'action sanitaire et sociale, la DSFE partage avec la CPS la gestion des prestations en espèces et en nature ainsi que des programmes d'action sociale.

4.1.1 Les interventions directes du Pays

4.1.1.1 Le périmètre de l'action sociale

L'action sociale vise à développer l'autonomie des populations qu'elle a vocation à accompagner en luttant contre les processus de précarisation et d'isolement afin d'éviter l'exclusion sociale.

L'action sociale s'adresse donc en particulier aux personnes en difficultés économique et sociale, aux personnes âgées, et aux personnes handicapées lorsqu'elles subissent l'exclusion économique. La prise en charge de ces publics représentait 9 Mrds F CFP en 2010. En 2019, les montants alloués atteignent 12,6 Mrds F CFP, soit une hausse moyenne annuelle de 4,4%.

Les publications de l'institut de la statistique de Polynésie française (ISPF) indiquent que 20% de la population vivrait sous le seuil de pauvreté relative monétaire, soit moins de 30 000 F CFP par mois par individu[110]. L'autoconsommation qui permet d'améliorer le niveau de vie alimentaire est en régression, et représentait en 2015 moins de 10% de la consommation globale[111].

L'arrêté n° 419 CM du 15 mars 2018 prévoit les missions de la Direction des Solidarités, de la Famille et de l'égalité (DSFE), principale direction en charge de l'action sociale. Elle est chargée de « promouvoir la cohésion sociale, prévenir les risques de marginalisation et de lutter contre l'exclusion et contre toute forme de discrimination à l'égard de personnes ou de groupes de personnes en situation de vulnérabilité ».

[110] Cf. l'étude budget des familles 2015 – premiers résultats.
[111] Cf. l'étude budget des familles 2015 – la consommation non monétaire ou autoconsommation – 2ème partie.

Pour réaliser ces objectifs, elle a pour mission de :

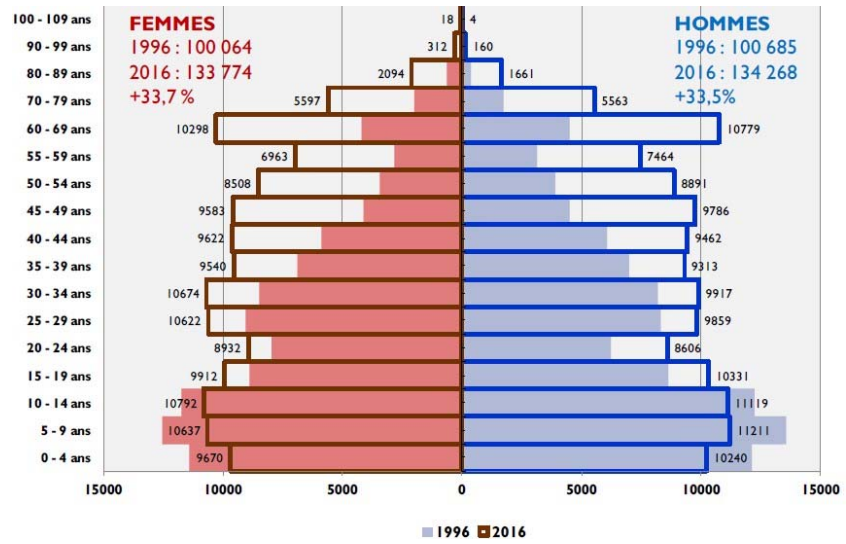
- participer à la définition des politiques publiques de solidarité, de la famille et de l'égalité entre les hommes et les femmes ;
- contribuer à la promotion et à l'insertion sociale des personnes et des familles ;
- assurer les missions de l'aide sociale à l'enfance ;
- assurer la protection administrative, l'évaluation sociale et l'accompagnement des personnes et groupes de personnes vulnérables ayant fait l'objet d'une mesure de protection judiciaire ;
- élaborer, animer, coordonner des plans d'action sociale et de prévention, et évaluer leur mise en œuvre ;
- accompagner les structures à vocation sociale et médico-sociale assurant la prise en charge des personnes vulnérables ;
- participer à la formation initiale et continue aux métiers du social.

4.1.1.2 La prise en charge de la vieillesse et de la maladie

Une politique d'action sociale globale tend à la prise en charge des besoins d'une personne tout au long de la vie. En Polynésie française, les politiques publiques sont largement orientées à destination des familles, délaissant notamment les personnes du troisième âge et plus largement les personnes dépendantes.

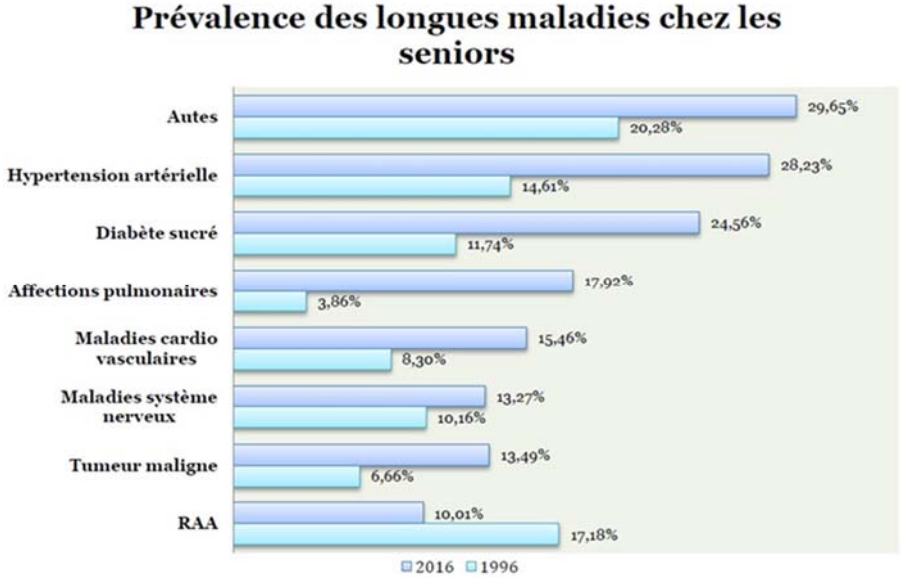
Les évolutions démographiques indiquent un vieillissement accéléré de la population en Polynésie française. En 2016, les séniors de plus de 60 ans représentaient 13,6% de la population couverte (10 % en 2012). Selon les dernières projections de l'ISPF, ce taux sera de 19% à l'horizon 2030 avec une espérance de vie à 81 ans (75 ans en 2012). A cette date, un polynésien sur six aura plus de 60 ans (54 000 personnes) et plus de 11 000 personnes auront besoin d'assistance pour assurer leur vie quotidienne.

Photo n° 1 : Evolution de la pyramide des âges, 1996-2016



Source : CPS

Pour cette population, les principales causes de mortalité sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les troubles respiratoires. Par ailleurs, l'hypertension artérielle et l'obésité concernent les personnes âgées au même titre que le reste de la population polynésienne.



Source : CPS

En Polynésie française, l'allongement de la durée de vie de personnes souffrant de multiples pathologies provoque un accroissement mécanique des dépenses de santé. En 2015, les personnes âgées représentaient 15% de la population et 34% des dépenses de santé. 85% de ces dépenses sont liées à des longues maladies.

Bien que la proportion de séniors en longue maladie ait doublé sur les vingt dernières années, en 2021, cette réalité continue à être insuffisamment traitée par les pouvoirs publics. Les actions publiques entreprises en lien avec la grande dépendance sont inexistantes (maladie d'Alzheimer et apparentées).

Pourtant dès 2003, la délibération[112] APF n°2003-15 définissait un cadre réglementaire des établissements et services médico-sociaux. Ce texte prévoyait un régime complet associant un schéma dédié, un régime d'autorisation et un régime de conventionnement.

[112] Délibération n° 2003-15 APF du 9 janvier 2003 portant réglementation des établissements et services médico-sociaux.

L'article 5 de cette délibération prévoit ainsi un schéma pluriannuel relatif aux établissements ou services médico-sociaux. Celui-ci doit comporter :

- le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre médico-sociale existante ;
- la nature des besoins médico-sociaux, et particulièrement de ceux justifiant la création d'établissements ou services médico-sociaux ;
- les perspectives d'évolution de l'ensemble des structures et services compte tenu des besoins et des ressources financières susceptibles d'être affectées à leur couverture ;
- les critères d'évaluation des actions conduites ;
- les modalités de la collaboration ou de la coordination susceptibles d'être établies ou recherchées avec d'autres collectivités publiques et organismes, notamment l'organisme gestionnaire des régimes de protection sociale.

Le schéma est du ressort du ministère en charge de l'action sociale et est révisé régulièrement.

Cette ambition n'a cependant jamais abouti. Ce schéma, qui aiderait à structurer la politique publique, n'a pas en effet été mis en place jusqu'à aujourd'hui.

Les orientations stratégiques 2016-2025 sont venues réaffirmer les constats effectués lors de la décennie précédente qui présentaient la prise en charge de la dépendance comme une problématique à traiter. Un réel effort doit ainsi être porté sur la vieillesse en situation de risque de dépendance. Au-delà de l'augmentation mécanique des coûts liés à la santé, les besoins d'accompagnement et d'hébergement devront être évalués et anticipés.

Le schéma d'organisation sanitaire a réaffirmé en 2016 la nécessité de développer une offre supplémentaire pour la prise en charge de la dépendance. Un axe «relever le défi du bien vieillir» a été formalisé. Il comprend notamment la modernisation du champ couvert par la délibération précitée. Aucune des quatre actions inscrites n'a été mise en œuvre[113].

Le SOS a prévu d'autres actions en faveur des personnes âgées en vue de mettre en place progressivement un système de prise en charge. Si quelques avancées sont constatées (aidants Feti'i, plan de formation des aidants familiaux, cumul autorisé entre un salaire et une allocation adulte handicapé), des étapes importantes restent encore à franchir, comme la définition de paniers de soins spécifiques, une grille d'évaluation de la dépendance, la création d'une filière gériatrique au CHPF. Certains aspects dépendent de l'état d'avancement de réformes plus larges dans le domaine de la santé, comme le médecin traitant. L'absence d'activation de l'observatoire de la santé n'a pas favorisé le développement d'une stratégie globale en faveur des personnes âgées. Trois projets inscrits au SOS ont été abandonnés (4, Reconnaître un statut au personnel assistant de vie ; 5, Structurer la formation locale des assistants de vie en encadrant

[113] 1. Refondre par arrêté les dispositifs d'agrément et de contrôle.
2. Définir un statut minimal d'établissement recevant un public personne âgées.
3. Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet.
4. Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPF.

le statut de formateur ; 7, Labelliser les associations intervenant dans le champ de la dépendance).

Malgré une apparente prise de conscience, les manques observés dans l'offre sont aussi les plus significatifs. Un seul centre semi-médicalisé pour les personnes âgées existe à ce jour[114]. Cette structure créée depuis plus de 20 ans, gérée par la DSFE, a été placée sous la responsabilité en 2018, de la direction de la Santé.

Le Pays n'apparaît pas moteur dans le développement de services collectifs, alors que le développement du maintien à domicile reste très partiel. Cette mobilisation insuffisante a conduit à une offre d'accueil particulièrement faible et à une structuration de la filière qui reste à construire.

La collectivité a ainsi engagé comme actions prioritaires des réformes pour aider à la cohésion familiale entre générations par la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Le dispositif «Aidant Feti'i» vise au maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées avec l'intervention d'un aidant familial ou d'un proche. Désigné par le bénéficiaire, il perçoit une indemnité mensuelle plafonnée à 50 000 F CFP. La demande est instruite par la DSFE, et l'aide est liquidée par la CPS. L'aidant s'engage à suivre une formation dispensée par le centre de formation pour adultes (CFPA) de 62 heures. La collectivité a indiqué le démarrage d'une formation équivalent bac+1 concernant les aidants Feti'i. La première promotion est attendue en juin 2022. Si cette initiative va dans le bon sens, elle ne répond que partiellement aux ambitions du SOS.

Le statut d'aidant familial a été pérennisé par la CPS[115] sous un format rénové depuis le 1er janvier 2019. Il concerne une personne extérieure à la famille des personnes âgées et/ou handicapées. Le montant de l'aide et la procédure sont semblables au dispositif aidant Feti'i.

Ces deux dispositifs sont à distinguer des «familles d'accueil thérapeutique», service créé par la délibération n°2003-15 APF du 9 janvier 2003. La loi du Pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 a modifié la dénomination pour retenir l'accueillant familial, sans revoir la délibération précitée, source de confusion. L'accueillant reçoit à titre onéreux à son domicile de une à trois personnes en situation de vulnérabilité[116], mineurs ou majeurs. Il perçoit une indemnité jusqu'à 150 000 f CFP pour un adulte. Fin 2020, l'ARASS dénombre 71 accueillants familiaux pour mineurs, et 29 accueillants pour les adultes. 110 mineurs et 39 adultes étaient placés par la DSFE.

En complément, une formation accessible au niveau BAC + 1 a vu le jour en 2021. Il présente l'avantage de contribuer à la fois au maintien des personnes à domicile et au développement d'une politique à faible coût. L'arrêté CM n°1752 du 7 novembre 2016 porte création du titre professionnel d'assistant de vie aux familles permettant une reconnaissance professionnelle du statut et une structuration de la formation locale.

[114] Le Fare Matahiapo à Taravao.

[115] Délibérations n°12-2018/CA.RNS du 13 décembre 2018, et n°3-2019 CA RNS du 18 janvier 2019, et son arrêté de rendu exécutoire n°149 CM du 4 février 2019.

[116] Loi du Pays n° 2009-16 du 6 octobre 2009 relative aux accueillants familiaux modifiée par la loi du Pays n° 2022-12 du 24 janvier 2022 relative aux accueillants familiaux.

L'amélioration des conditions de vie par des aides sociales permet certes le maintien des personnes âgées dans le cadre familial mais cette seule voie contribue à déléguer à des acteurs privés le suivi et l'accompagnement des personnes âgées, ce qui n'est pas suffisante pour organiser une politique publique. Ce choix n'empêche d'ailleurs pas la présence de manques réglementaires.

Le cadre réglementaire est inégal. Il est précis concernant les accueillants familiaux (ou famille d'accueil thérapeutique), qui sont soumis à agrément préalable par une commission. En revanche, la délibération n°2003-15 APF du 9 janvier 2003 se borne à créer les unités de vie (accueil de 4 à 10 personnes) et définit le régime des établissements médico-sociaux sans avoir fait l'objet depuis des mises à jour pourtant nécessaires. Les arrêtés d'application prévus par la délibération susmentionnée n'ont jamais été adoptés.

Dans ce contexte, les unités de vie présentes en Polynésie française fonctionnent sans agrément, et donc sans contrôle véritable. Certaines structures existantes font l'objet de conventionnement pour le financement dans le cadre, ou non, d'un régime d'autorisation.

Ainsi plus d'une quarantaine de structures d'accueil ne sont pas agrées faute de réglementation applicable localement, alors que certaines d'entre elles sont financées par convention ou par d'autres moyens. Les conventions bilatérales constituent dans ces conditions le seul support juridique à la conduite par les services du Pays de contrôles (Cf. le § 4.4.). A cet égard, la règlementation en matière d'établissements recevant du public (ERP) remplit une autre vocation, et ne saurait combler les lacunes constatées. De surcroît, de nombreuses structures d'accueil échappent à tout contrôle, en effet n'étant financées que par les contributions versées par les personnes hébergées, elles ne sont pas connues ni par les services du Pays, ni par la CPS.

Ce manque serait notamment la conséquence d'hésitations sur le modèle social de prise en charge de la dépendance en Polynésie française. Ces atermoiements placent la collectivité dans une situation où elle subit l'évolution de la société, à tel point qu'elle peut octroyer un avantage fiscal conséquent à un porteur de projet d'un type d'hébergement collectif pour personnes âgées qui n'est pas prévu par la règlementation médico-sociale.

Dans l'attente de la mise en place d'une véritable filière gérontologique (absence de schéma directeur, et faiblesse d'investissements publics) prévoyant la formation de personnels, la mise en place d'un réseau d'acteurs de proximité ayant pour but de prévenir l'apparition de pathologies lourdes, et l'encadrement de structures d'accueil en fonction du niveau de dépendance, une mise à jour rapide de la réglementation apparaît comme une première étape indispensable.

L'ordonnateur a indiqué qu'une « vigilance toute particulière est portée sur les projets de règlementation inhérents aux aidants Feti'i, aux accueillants familiaux et unités de vie. »

Au vu des données démographiques qui confirment le vieillissement accéléré de la population, la Chambre insiste sur la nécessité d'organiser rapidement une véritable filière gérontologique en Polynésie française, afin notamment, à partir d'un ensemble normatif, de définir un standard de prise en charge des personnes âgées et de s'assurer de son respect par des contrôles sur place.

4.1.1.3 Les aides en nature

Les prestations en nature sont accordées de façon individualisée après enquête des services de la DSFE. Les aides ne sont ni automatiques ni pérennes. Elles sont octroyées sous formes de bons ou de décisions de prise en charge.

Les prestations en nature comprennent :

- les aides de première nécessité (alimentaire, vestimentaire, hygiène) ;
- l'amélioration de l'habitat et aides aux loyers ;
- l'enfance et famille (transport, insertion) ;
- la protection des publics vulnérables (frais de placement enfant, personne âgée, adulte handicapé, indemnités de gardiennage et intervention de tierce personne).

Les aides de première nécessité recouvrent les aides alimentaires, les aides vestimentaires et les produits d'hygiène et d'entretien. En 2019, 87% des aides de premières nécessités sont concentrées au titre du FAS RSPF.

Alors qu'elles représentaient en 2016, un total de 276,6 MF CFP sur le FAS RSPF, elles atteignent 406,6 MF CFP au 31 décembre 2019, 728,5 MF CFP en 2020, et 490,8 MF CFP en 2021. Cette tendance confirme l'extension, avant la survenue de la pandémie, de la précarité et de sa prise en charge en Polynésie française.

75% du montant de l'aide est versé à 16 199 ressortissants du RSPF.

6,3 MF CFP et 54,2 MF CFP d'aides de première nécessité sont versées au titre du FAS RNS et du FAS RGS en 2019.

Les aides alimentaires sont majoritairement sollicitées dans les zones urbaines. Sur cet aspect, la DSFE a indiqué que la disponibilité foncière, caractéristique des zones rurales et des archipels tend à favoriser le développement de cultures vivrières propices à l'autoconsommation, ce qui n'est pas le cas généralement dans la zone urbaine. La majorité des bénéficiaires dispose d'un revenu journalier inférieur ou égal à 1 840 F CFP. En 2019, 6 718 ouvrants droit du RSPF ont bénéficié de plus de 27 000 bons alimentaires représentant 311,6 MF CFP. 993 ressortissants du RGS et 113 ressortissants du RNS ont bénéficié de cette aide pour des montants respectifs de 39,4 MF CFP et 4,8 MF CFP.

Concernant les aides en produits d'hygiène et d'entretien, 23 230 bons ont été attribués à 7 312 ouvrant droits représentant 15 412 ayant doits en 2019 pour un montant de 83,6 MF CFP. 89% des bénéficiaires relèvent du RSPF.

Les aides liées à l'habitat et au logement[117] ont vocation au maintien dans l'habitat et à l'amélioration des conditions de logement. En cas de sinistre ou de difficulté, l'aide peut prendre la forme d'aides en matériaux. Cette aide représente, en 2019, un volume de 74,6 MF CFP. 78% des bénéficiaires relèvent du RSPF. En complément, une aide au loyer à destination des locataires du parc privé a été attribuée à 88 ouvrant droits dont 50 dépendent du

[117] Soit les aides liées à l'habitat, au logement, aux équipement ménagers, aux mobiliers, à la literie, aux matériaux de construction, à l'énergie et à l'amélioration de l'habitat

RSPF et 36 du RGS. Elle représentait 14,6 MF CFP en 2019. La Chambre s'étonne du faible recours à ce dispositif.

L'aide relative aux équipements ménagers vise à répondre aux familles vivant dans des conditions précaires ou ayant subi un sinistre. En 2019, elle représentait 49,4 MF CFP dont 38,8 MF CFP ont été versés à 855 ressortissants du RSPF. Les aides en matériaux de construction, d'un montant plafonné à 200 000 F CFP, sont attribuées dans des lieux qui peuvent mettre en danger les occupants de l'habitation (conditions d'hygiène ou de sécurité insuffisantes). En 2019, seuls 29 ouvrant droits du RSPF ont bénéficié de la prestation pour un montant de 2,7 MF CFP. Les aides à l'énergie ont pour but de payer des frais de consommation d'électricité ou de gaz. Elles peuvent par ailleurs contribuer au financement de panneaux photovoltaïques pour un montant plafonné à 250 000 F CFP. En 2019, ces aides ont concerné 43 ouvrant droits dont 39 ressortissants du RSPF. Elles représentent un volume de 2 MF CFP. Les aides à l'amélioration de l'habitat concernent les aménagements des domiciles des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou handicapées. Le montant est plafonné à 500 000 F CFP. La rareté des entrepreneurs spécialisés présents en Polynésie française et la nécessité d'avancer les sommes pour obtenir remboursement, explique selon la DSFE, la faible sollicitation de ce dispositif. En 2019, seuls 16 personnes dont 15 ressortissants du RSPF l'ont sollicité pour un montant de 5,8 MF CFP.

Les aides relatives à l'épanouissement de l'enfant[118] ont essentiellement vocation à prendre en charge des frais scolaires et périscolaires.

L'aide aux frais de crèches, nounous et hébergement de jeunes adultes vise à prendre en charge les frais d'accueil en crèches et garderies agréées pour des publics en difficulté. Les frais d'hébergement dans des foyers s'adressent aux personnes qui poursuivent leur scolarité hors de leur île.

En 2019, les dépenses en crèches garderies ont représenté 63,4 MF CFP. Elles ont bénéficié à 281 ouvrant droits dont 178 ressortissants du RSPF. Les dépenses en foyer d'hébergement ont représenté 9 MF CFP et ont bénéficié à 78 ouvrant droits dont 60 relevaient du RSPF. Enfin, les aides destinées à la garde d'enfants à domicile ne sont que peu utilisées. Celles-ci ont bénéficié, en 2019, à six personnes dont trois ressortissants du RSPF pour un montant de 679 000 F CFP et trois ressortissants du RGS pour un montant de 522 000 F CFP.

Les aides à la scolarité n'ont pas un caractère obligatoire et diffèrent de l'allocation de rentrée scolaire et de la participation aux cantines scolaires. Elles visent un accompagnement à la scolarité dans le but de favoriser la réussite scolaire de l'enfant et l'implication des parents dans son éducation. En 2019, elles représentaient 3,2 MF CFP. Le maintien de la relation entre l'enfant, la famille et l'école est un enjeu important : la proportion d'élèves boursiers est en Polynésie française deux fois supérieure à celle observée au niveau national.

En complément, la prise en charge des frais de scolarité est assurée pour les familles qui basculent au RSPF en cours d'année et qui n'ont donc pas bénéficié de l'allocation de rentrée scolaire. Cela concerne 40 ouvrant droits sur l'exercice 2019 pour un montant de 2,7 MF CFP. La Polynésie française compte 54% de collégiens appartenant aux catégories défavorisées selon le Pays, contre 36% au niveau national.

[118] Soit l'aide aux crèches, nounous et hébergement de jeunes adultes, à la scolarité, aux frais de scolarité, de cantine et de fournitures scolaires ainsi que les aides périscolaires

La prise en charge des frais de cantine scolaire est résiduelle. De nombreux acteurs publics et privés prévoient des mécanismes de prise en charge de ces frais ou l'octroi de bourses. Ainsi ces aides constituent un dernier secours aux familles ayant épuisé les autres dispositifs. En 2019, elles ont concerné 13 ouvrant droits pour 354 169 F CFP.

La prise en charge des fournitures scolaires intervient en complément de l'allocation de rentrée scolaire et est affectée en priorité aux enfants faisant l'objet d'un suivi social. En 2019, la mesure concernait 10 ouvrant droits et représentait 132 730 F CFP.

Une bourse de vacances est proposée afin de permettre aux enfants de participer à des activités encadrées au cours des vacances scolaires. Ce mécanisme a permis, en 2019, à 2 533 enfants de participer à de telles activités pour un montant de 175 MF CFP. Une bourse aux séjours linguistiques vise à l'organisation de voyages d'études à l'étranger. Ce dispositif n'a bénéficié qu'à un seul ressortissant du RSPF en 2019 pour un montant de 356 279 F CFP. Une aide aux activités périscolaires (ex : soutien scolaire, club sportif) est proposée au bénéfice unique des enfants suivis par la DSFE. Elle concerne 45 ouvrant droits dont 37 ressortissants du RSPF et représente 3,3 MF CFP. Encore une fois, la Chambre s'interroge sur la quasi absence de mobilisation de ces deux dispositifs.

D'autres aides aux familles sont proposées par la collectivité. Ce sont des aides au transport, à l'insertion, des bourses de formation aux animateurs ainsi que des aides diverses pour un montant de 11,5 MF CFP en 2019.

4.1.1.4 Les prestations en espèces

Des aides ponctuelles à la rentrée, à la cantine et à l'assurance scolaire relèvent de la CPS. L'action de la DSFE prévoit particulièrement des aides aux familles en difficulté.

Le versement d'une aide financière est soumis à conditions d'utilisation et à contrôle a posteriori. En 2019, cette aide a concerné 21 ouvrant droits dont 37 ressortissants du RSPF. Elle représentait alors un montant de 11,5 MF CFP.

4.1.1.5 Les aides exceptionnelles

Les aides exceptionnelles ont une double vocation. La première est de répondre aux conséquences pour les familles de sinistres et de calamités naturelles, comme en 2017 suite aux inondations (aides d'urgence). La deuxième correspond à des achats groupés par la DSFE dans le cadre d'événements (sorties éducatives, réunions…) de titres de transport, de timbres fiscaux. Ces dispositifs, assimilables à de l'urgence, pourraient relever d'un échelon plus réactif et plus proche des populations à savoir les communes après une revue de la répartition des compétences entre les différents acteurs publics (Cf. le § 2.5.).

4.1.2 Le rôle de l'économie dans l'insertion sociale

Les conséquences de la crise sanitaire sont à prendre durablement en compte dans l'élaboration des politiques publiques lors de la décennie 2020. Le secteur social, a fortiori, doit répondre à la problématique de l'investissement utile. « L'investissement social » doit ainsi être entendu comme le fait d'« investir dans les personnes en adoptant des mesures pour renforcer leurs compétences et leurs capacités, leur autonomie et leur permettre de participer pleinement au monde du travail et à la société »[119].

L'investissement social pour être efficace vise ainsi à anticiper par l'éducation et la prévention plutôt que de réparer des situations déjà compromises.

En 2015, le Pays a renouvelé les mesures de type « contrat aidé » dans le but d'élever le niveau de qualification et de soutenir l'emploi durable. Un soutien financier était alors apporté en contrepartie d'un possible contrat de travail à durée indéterminée[120]. Ces contrats aidés ne pouvaient pas être assimilés à des contrats de travail. Leur réussite reposait sur l'association entre une mise en situation de travail, un accompagnement socio-professionnel et un accès à la formation.

L'employabilité durable permet à la personne d'être autonome par le travail.

Partant du constat que 50% des demandeurs d'emploi étaient âgés de 18 à 30 ans, le Pays a conforté les mécanismes existants d'insertion[121] des populations dans la vie professionnelle.

En 2016, les résultats de ces dispositifs sont estimés par le Pays comme insuffisants. Les taux d'insertion professionnelle des stagiaires issus du stage d'insertion en entreprise sont de 34,5%, du stage expérience professionnelle de 33,5%, et du contrat d'accès à l'emploi (CAE) de 14%. En outre et sur la période 2012-2015, le taux d'insertion professionnelle six mois après avoir réalisé une formation par le service de l'emploi, de la formation et de l'insertion professionnelles n'était que de 11,5%. Ainsi, le mécanisme des contrats aidé était perçu, non pas comme des stages de professionnalisation, mais comme des contrats précaires par certains employeurs publics ou privés, moins coûteux.

Outre un objectif de recentrer les contrats vers l'accompagnement de la personne, la collectivité explore de manière récente divers dispositifs afin d'assurer l'insertion sociale par l'économie au-delà du simple mécanisme des contrats aidés.

[119] Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion, notamment par l'intermédiaire du Fonds social européen, au cours de la période 2014-2020, Juillet 2013.

[120] Aide au Contrat de Travail, Aide au Contrat de Travail du Primo salarié, Aide au Contrat de Travail Professionnel.

[121] Le stage d'insertion en entreprise, le stage expérience professionnelle et le contrat d'accès à l'emploi.

Parmi ces nouvelles voies, il est envisagé le développement de structures associatives d'insertion par l'activité économique ayant pour mission l'accueil de publics éloignés de l'emploi. Elles proposent un parcours de formation et un cadre de travail qui doit leur permettre à la fin du contrat d'être en mesure d'obtenir un emploi sur le marché du travail. Cette ambition nécessite la présence d'un encadrement technique au sein des structures d'accueil en capacité d'accompagner le stagiaire dans la conception et la réalisation de son projet professionnel, ce qui suppose de la part du Pays des capacités de suivi de ces associations.

Le Pays s'est engagé aussi dans l'affirmation d'un dispositif d'insertion sociale par l'activité économique (ISAE) qu'il souhaite plus complet, par le vote de la loi du pays n°2022-11 du 24 janvier 2022[122]. Ce texte entend favoriser le développement de partenariats avec les acteurs socio-économiques privés en intégrant plus largement des clauses sociales dans la commande publique. L'article LP 225-2 du code polynésien des marchés publics prévoit que certains marchés ou certains lots d'un marché peuvent être réservés aux structures d'insertion sociale par l'activité économique mentionnées au titre Ier de la loi du pays précitée disposant d'un agrément en cours de validité. Le but du dispositif étant l'intégration sur le temps long des personnes dans le monde de l'emploi.

Le Pays s'appuie ainsi sur les mécanismes contractuels existants tout en cherchant à développer une responsabilité sociétale des entreprises. La création espérée de structures d'insertion par l'activité économique doit permettre d'instaurer une relation entre le Pays et ces organismes, et poser un cadre qui inclut des contreparties en termes de formation professionnelle. Il doit permettre par ailleurs de servir de support de contractualisation sur plusieurs exercices afin d'assurer la pérennité dans le temps du partenariat engagé.

La Chambre a relevé comme faiblesse l'adoption d'une loi du Pays portant réforme des dispositifs existants avant que ne soit élaboré le schéma d'insertion sociale par l'activité économique de la Polynésie française. La loi du Pays susmentionnée indique que le schéma comportera des données statistiques à la fois quantitatives et qualitatives relatives aux besoins d'insertion par l'activité économique existant en Polynésie française. Ce document a vocation à préciser la politique sociale par l'activité économique sur une durée de 10 ans.

La collectivité a communiqué en janvier 2022 un pré-projet de schéma d'insertion sociale par l'activité économique 2022-2031. La version finale de ce document est annoncée d'ici fin 2022.

La Chambre encourage la collectivité à finaliser et adopter dès que possible ce schéma sectoriel évoqué. Une permanence dans la gestion du nouveau dispositif ainsi qu'une évaluation régulière de ses effets apparaissent comme des conditions de sa réussite.

A l'image du réseau des entreprises actives qui œuvrent pour la bonne santé de leurs salariés, la collectivité pourrait chercher à développer des actions similaires pour renforcer leur rôle dans l'insertion par l'économie.

[122] Arrêté n° 610 CM du 28 avril 2022 portant application de la loi du pays n° 2022-11 du 24 janvier 2022 relative à l'insertion sociale par l'activité économique.

Un exemple : le réseau des entreprises actives

En 2015, huit entreprises[123] ont lancé le réseau entreprises actives pour la santé des salariés. Ce réseau a pour but de développer l'activité physique des salariés ainsi que la promotion d'une alimentation saine et équilibrée. La direction de la santé apporte un soutien méthodologique aux acteurs de ce dispositif. Ces actions contribuent à améliorer la santé et le cadre de vie des salariés dans le but, notamment, d'améliorer leur productivité.

Le développement de cette initiative aux quelques entreprises (soit 2%) représentant la majorité des cotisations versées à la CPS ou aux entreprises présentant des données de santé au travail particulièrement défavorables pourrait être développé par la création de mécanismes d'incitation.

Le président de la collectivité a indiqué que la jonction au sein d'un même ministère opérée en mai 2022 entre l'emploi et la solidarité doit permettre d'améliorer sa politique de soutien à l'insertion par l'activité économique. La Chambre, qui n'est pas juge de l'opportunité d'une telle décision, estime cependant que cette nouvelle organisation ne peut produire des résultats dans ce domaine particulier que si elle reste pérenne durant quelques années.

4.2 Les moyens de la DSFE

4.2.1 Des ressources humaines estimées insuffisantes par le Pays

Les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de la santé prévoyaient notamment une amélioration du dispositif de protection sociale généralisée pour une couverture optimale des besoins sanitaires et sociaux. Le plan d'orientation stratégique pour une politique publique de la famille adopté en 2016 prévoyait sept objectifs stratégiques déclinés en 72 actions dont la majeure partie concerne la DSFE.

Si l'effort de structuration de la politique publique constaté va globalement dans le bon sens, la déclinaison opérationnelle par une juste affectation des moyens notamment humains apparaît insuffisante. Les dépenses annuelles de personnel représentaient 115 MF CFP soit 0,4% des dépenses de personnel du Pays.

Cette direction rencontre des problèmes d'effectif et de déficit de qualifications adaptées. Or, la DSFE est en relation directe avec un public précaire. Son travail revêt une dimension fondamentalement humaine, qui a vocation de maintenir un contact entre des personnes en voie de précarisation et l'institution publique.

Fin 2021, la DSFE présentait 226 emplois budgétaires dont 216 effectivement pourvus.

[123] Air Tahiti Nui, Hôtel Le Méridien, Electricité de Tahiti, Hôtel Intercontinental Tahiti, Polynésienne des Eaux, Tahitienne de Secteur Public, Brasserie de Tahiti et la caisse de prévoyance sociale.

Les emplois sont pourvus par 154 agents nommés sur emploi permanent, 48 sont agents non titulaires, et 14 correspondent à des emplois aidés[124] tous nommés sur des postes d'encadrement. Ce service est soumis de surcroît à un renouvellement accéléré de ses effectifs, nombre d'agents préférant pourvoir des emplois dans d'autres administrations lorsqu'ils en ont l'opportunité, à cause notamment à la confrontation à une réalité sociale dégradée. L'importance des emplois contractuels est dû, comme dans les autres services de la collectivité, à une longue période pendant laquelle aucun concours n'a été organisé.

Dès lors, l'enjeu premier pour la collectivité employeur n'est pas l'augmentation du tableau des effectifs de la DSFE, mais avant tout de créer les conditions favorables au recrutement et au maintien dans la durée d'agents titulaires formés afin de pourvoir la totalité des emplois prévus dans la maquette budgétaire.

Au sein de la DSFE, 79 agents occupent une fonction d'encadrement ou une fonction support tandis que 121 agents exercent une activité directement en lien avec le social. Seulement 30% des travailleurs sociaux ont un diplôme d'assistant social. Les éducateurs spécialisés occupent 50% des emplois du fait de la carence d'assistances sociales diplômées sur le territoire. Le déficit de compétence dans les domaines du travail social et de l'éducation spécialisée impacte l'efficience de l'action publique. La structuration de l'offre initiale et continue de formation doit être renforcée et pérennisée.

Dès 2002, un rapport de l'Inspection Générale de l'Administration (IGA) de la collectivité préconisait la création de 43 postes de travailleurs sociaux supplémentaires sur trois ans. La norme retenue était alors un travailleur social polyvalent pour 3 500 habitants et un travailleur social pour 51 enfants. Depuis 2002, la population ainsi que le nombre de ressortissants au RSPF ont augmenté.

Une étude récente du Pays a confirmé les difficultés. Un audit réalisé en 2017 par la direction de la modernisation et des réformes de l'administration (DMRA) présente des constats forts. A charge de travail constante, elle estimait que le nombre de travailleurs sociaux en polyvalence devrait être doublé afin que chaque agent puisse accompagner la population en demande de manière correcte. Il était relevé que le travail d'accompagnement des familles était alors inexistant. La même étude relève que le besoin théorique d'agents en protection de l'enfance doit être multiplié par 2,3 afin d'entreprendre un travail d'accompagnement de l'enfant, quasi inexistant à ce jour. En 2017, les travailleurs sociaux affectés à la protection de l'enfance n'étaient pas en mesure de remplir leurs obligations minimales à savoir la production d'une note semestrielle au juge des enfants. Cette carence en effectif a des conséquences sur les taches des agents qui sont contraints de privilégier les interventions d'urgence au détriment des actions de prévention, situation que la collectivité connaît, sans pour autant y remédier[125].

[124] Contrat volontaire développement (CVD) et contrait d'aide à l'emploi (CAE).

[125] Une demande de création de 12 postes n'a pas été satisfaite lors de la conception des budgets 2019 et 2020. Par ailleurs, 3 postes ont été transféré de la DSFE vers la délégation pour la prévention de la délinquance de la jeunesse sans que ces postes ne soient compensés.

Pour sa part, la Chambre constate que les enquêtes sociales a priori couvrent un périmètre très large qui mériterait d'être réduit. Une enquête, sous le format actuel[126], pourrait être réservée à la première demande d'aide sociale. Un paiement plus systématisé, mais assorti d'un système de contrôle aléatoire et de vérifications a posteriori adaptées au risque permettrait de recentrer les tâches du travailleur social sur une fonction d'accompagnement des publics en difficulté.

La réduction de la charge de travail ainsi opérée permettrait de réorienter des effectifs en vue de doter un service de contrôle et de régularisation des aides versées, inexistant aujourd'hui.

Le président de la collectivité en fonctions a indiqué qu'une nouvelle directrice a été nommée le 2 mai 2022, avec notamment pour objectif de simplifier les procédures.

La Chambre prend acte de cette nomination, qui devra s'inscrire dans une politique de stabilité des chefs de service, mais qui ne pourra certainement pas régler en particulier à elle seule les conséquences des effectifs insuffisants au sein de la DSFE et dans les circonscriptions, pour cause d'emplois non pourvus, comme l'indiquent les documents fournis.

4.2.2 Les outils numériques de la DSFE

Le traitement des demandes d'aides liées aux fonds d'action sociale (FAS) recouvre la majeure partie du temps de travail de chaque travailleur social de la DSFE. Cela concerne essentiellement l'attribution de bons alimentaires et de bons constituant des aides en produits d'hygiène et d'entretien.

L'audit effectué par la DMRA en 2017 prend l'exemple théorique de 14 110 bons du FAS délivrés sur l'année 2016. Leur distribution nécessite 70 550 heures d'enquêtes sociales (à raison de 5 heures en moyenne par enquête) soit 41 équivalent à temps plein (ETP). Constatant que l'effectif réel n'était alors que de 39 ETP, les personnels ne disposeraient ainsi d'aucun temps dédié aux autres tâches essentielles que sont l'accompagnement des personnes et des familles en difficulté.

A partir d'un coût horaire du travailleur social estimé à 12 000 F CFP, ce sont 846 MF CFP qui ont été dépensés pour la réalisation d'enquêtes sociales pour l'octroi de 1,2 Mrd F CFP d'aides des FAS RNS et RSPF.

Cette estimation réalisée à partir de 2016 est d'autant plus éclairante lorsque sont considérées les évolutions constatées les années suivantes. Pour les seuls bons alimentaires, le volume est passé en 2016 de 6 485 unités à 25 226 bons en 2019 (page 69 du rapport d'activité de la DSFE 2019).

Face à ces constats, l'automatisation des procédures internes est une nécessité urgente.

[126] Soit un entretien, un déplacement, une visite domiciliaire, la rédaction d'un rapport et les saisies informatiques FARE et Word (estimation 5 heures)

La CPS a créé le portail numérique *FARE* en 2015, pour héberger et partager des données avec les communes et les services du Pays. La DSFE et la caisse se sont engagées mutuellement par convention le 27 mai 2015, en vue de faciliter les démarches des travailleurs sociaux lors de l'instruction des dossiers. Les agents de la DSFE peuvent ainsi consulter des informations clés sur les ressortissants telles que leur identité, leur affiliation, situation familiale, ressources…

Si la relation technique entre la DSFE et la CPS s'est trouvée améliorée, notamment en matière de délais de paiement, la direction du Pays n'a pas procédé à la dématérialisation de ses procédures internes. Les bénéficiaires d'aide sociale continuent à recevoir des bons en papier. Ils présentent dans les commerces sélectionnés ces titres de paiement forfaitaires. Dans le cas où ils ne dépensent pas la totalité du crédit ouvert, la différence est perdue, ce qui vient en contradiction avec l'ambition des services sociaux d'accompagner les familles à la bonne gestion de leur budget et de faciliter les bons comportements alimentaires.

En 2016, la collectivité a initié le projet de carte privative de paiement prépayée et rechargeable avec l'appui technique de la CPS « 'Auti'a », en vue du remplacement des bons. Les familles ne seront plus dans l'obligation de consommer en une seule fois le montant crédité. Des partenaires privés ont été retenus par la CPS en 2018 pour mettre en place le service : Océanienne de services bancaires (carte), banque de Tahiti, et la CPS (logiciel). Malgré ses relances en 2019 excipées par la banque de Tahiti, celle-ci n'aurait pu obtenir d'engagement écrit de la part de la CPS. L'outil technique était en voie de finalisation après une année de travail entre les partenaires, lorsque la décision de rompre la coopération avec la banque de Tahiti a été prise, pour s'engager cette fois avec la banque Socredo en 2020.

A cause du retard d'une année provoquée par la volte-face de la CPS et du Pays, la mise en place de la carte n'est annoncée que pour le premier trimestre 2022, limitée aux aides de première nécessité auprès d'un panel de 500 familles, afin de tester les procédures. La généralisation du dispositif est envisagée en décembre 2022. Il est prévu en outre l'organisation d'ateliers de sensibilisation en faveur des bénéficiaires (bonne gestion, nourriture plus saine).

Ce nouvel outil offre l'opportunité de repenser l'organisation interne de la DSFE et de ses circonscriptions, ce qui a semblé être le cas un moment.

Le projet de progiciel visant à la création du dossier social unique a été envisagé en 2019. Il correspond à une étape indispensable à la réduction des tâches chronophages des agents. Pourtant, cette ambition est restée lettre morte. L'outil FARE qui n'a apporté qu'une réponse partielle, n'a pas vocation à se substituer à un système d'information des aides sociales gérées par le Pays.

La création d'un dossier sociale unique, le renouvellement du parc informatique et une programmation pluriannuelle de recrutement et de formation des agents, la simplification des procédures et leur automatisation, sont un ensemble d'actions nécessaires à la modernisation des missions de la DSFE.

L'ordonnateur, en réponse au rapport d'observations provisoires, a indiqué que la convention tri partite entre la CPS, la DSFE et la banque Socredo a été signée le 3 mai 2022 et que la période de test est mise en œuvre jusqu'au 31 décembre 2022.

4.3 L'organisation des recettes de la PSG

4.3.1 Les sources de financement des régimes gérés par la CPS

En 2019, la protection sociale, au sens de la PSG, est financée à plus de 74 % par des cotisations sociales assises sur le travail en raison du poids prépondérant du RGS. Les cotisations représentent en effet 96 % des recettes de ce régime[127]. En 2019, sur un total de 95,357 Mrds F CFP de recettes perçues inscrit au compte de résultat du RGS, les cotisations, hors majorations et pénalités s'élèvent à 91,133 Mrds F CFP.

Ce sont les cotisations payées par les employeurs et par les salariés qui en représentent la part essentielle. Les cotisations du RGS sont assises pour l'ensemble des salariés, sur les salaires, indemnités, primes gratifications et tous les autres avantages octroyés, y compris les avantages en nature versés par l'employeur à son personnel salarié.

S'agissant du régime des non-salariés, l'article 1er 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 (87,5%).

La collectivité finance en revanche la totalité des recettes affectées au compte du RSPF.

L'ensemble des assiettes des cotisations est soumis à plafonnement, ce qui conduit à un système de prélèvements sociaux dégressifs, alors que les prestations servies, comme la prise en charge de la maladie n'est pas plafonné et ne dépend pas des revenus. La question du plafonnement strict des cotisations se pose donc à l'heure de la recherche de recettes supplémentaires.

Tableau n° 18 : Répartition des recettes de la PSG en 2019, en MF CFP

Recettes d'exploitation	RGS		RNS		RSPF		Total	
Cotisations	91 133	96%	3 496	88%		0%	94 629	74%
Pays	3 962	4%	440	11%	28 753	100%	33 155	26%
Fiscalité affectée		0%		0%	1,4	0%	1	0%
CST		0%		0%	1,7	0%	2	0%
Autres	262	0%	56	1%		0%	318	0%
Total	95 357	100%	3 992	100%	28 756	100%	128 105	100%

Source : DSFE, CPS

[127] 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.

La structure du financement de la protection sociale a évolué depuis la mise en place de la PSG en 1995. Pour suivre l'évolution des dépenses, le montant global du financement de la PSG a été multiplié par trois en 20 ans. La part des cotisations dans son financement est passée de 60% à 72% (soit de 43 Mrds à 130 Mrds F CFP) entre 1995 et 2019[128]. Il s'agit d'une évolution significative de la répartition entre recettes du travail et fiscalité du Pays.

4.3.2 L'absence de véritable réforme fiscale rattrapée par les effets de la pandémie

Les recettes fiscales liées à la possession et à l'utilisation d'un capital ou d'un bien demeurent marginaux et peu sollicités (patrimoines immobilier et financiers). En complément, l'assiette de prélèvement des cotisations retenue repose essentiellement sur les revenus d'activités, et donc pour l'essentiel sur des flux. En Polynésie française, les recettes se trouvent liées à l'évolution de la conjoncture économique, par nature évolutive et fragile. La proportion d'impôts indirects importante en Polynésie française, comme le relevait dans son rapport la Chambre en 2015[129], induit une dépendance au cycle économique.

La Chambre sur ces aspects avait formulé principalement trois recommandations :

1. réviser la CST[130], versée au FELP, afin de mettre les assujettis salariés et non-salariés dans des situations identiques devant l'impôt, en égalisant les taux d'imposition, notamment en supprimant le chiffre d'affaires des bases imposables pour les non-salariés ;
2. augmenter la part et le rendement des impôts sur le patrimoine par une meilleure connaissance des bases imposables en matière immobilière ;
3. réduire la fiscalité indirecte en abaissant les taxes sur la consommation et sur les importations.

Le Pays n'a pas engagé de réforme fiscale pour diminuer sa dépendance aux recettes issues des flux économiques, bien au contraire.

Dans ces conditions, il n'a pu que subir 10 ans après la première alerte issue des effets de la crise économique en 2009, le choc lié à la pandémie survenue depuis 2020.

Au surplus, la prise en compte comme assiette des revenus d'activité augmente le coût local du travail, et par effet « ricochet », les coûts de production, ce qui peut avoir un impact final négatif sur l'emploi et sur la balance commerciale, déjà très largement déficitaire.

---

[128] Rapport d'activité de la CPS 2019.

[129] Rapport d'observation définitive : «gestion budgétaire et financière de la collectivité de la Polynésie française».

[130] Contribution de solidarité territoriale.

Par ailleurs, une revue de périmètre[131] entre l'impôt sur les sociétés et l'impôt sur les transactions serait de nature à augmenter le nombre de catégories de sociétés redevables de l'impôt sur les sociétés et par extension le produit de l'impôt perçu. La situation géographique de la Polynésie française lui permet d'être moins impactée par la concurrence fiscale entre les territoires que d'autres pays. L'impôt sur les sociétés, revisité, permettrait une base d'imposition plus large. Cette réforme serait facilitée par le taux unique déjà pratiqué[132], qui offre une visibilité satisfaisante pour les entreprises, élément important pour la bonne conduite des affaires.

Le déséquilibre structurel du système entre cotisations sociales et fiscalité conduit le Pays à faire pratiquer par la CPS des taux de cotisations élevés dont les marges d'augmentation sont devenues quasi absentes. Le système actuel aboutît à une solidarité entre tous les revenus sur lesquels pèsent les cotisations, mais sans tenir compte suffisamment de leur distribution. Et ce phénomène est aggravé avec des taux élevés, qui pénalisent en proportion les revenus modestes.

Considérant l'ensemble qui précède, une limitation du financement de la solidarité, trop sensible à l'heure actuelle à la conjoncture économique est souhaitable et possible. La fiscalisation des recettes de la PSG en diminuant la part des cotisations sociales, est un champ peu exploré et permettrait, s'il était développé, d'assurer une part de recettes fixe à la PSG et participerait, notamment avec une fiscalité sur les différents patrimoines (portant ainsi sur les stocks et moins sur les flux), ainsi qu'à une redistribution des revenus. Pour rappel, l'indice de Gini[133], mesurant les inégalités monétaires, est de 0,40 en Polynésie française. En comparaison cet indice n'est que de 0,29 en métropole.

Le transfert au Pays de l'action sociale telle que demandée par la Chambre, qui en grande partie est gérée par la CPS, participerait à la fiscalisation de la solidarité.

L'équilibre du solde comptable entre cotisations et prestations ne peut plus être obtenu par le simple ajustement paramétrique du niveau de recettes (taux et plafonds).

Dans un contexte structurel d'augmentation des dépenses de solidarité, la collectivité s'est placée dans l'obligation de créer en urgence des recettes supplémentaires, la crise sanitaire ayant accentué sensiblement les besoins.

Le Pays a pris la décision de mettre en place en particulier ce qu'il a appelé une contribution pour la solidarité qui prend notamment la forme d'une taxe sur la valeur ajoutée au taux unique de 1,5% (LP. 358-3 du code des impôts). Y sont soumises les personnes physiques et morales assujetties à la TVA. Ce dispositif est créé par le titre I de la loi du Pays n° 2021-55 du 27 décembre 2021 portant simplification et performance du système fiscal, en faveur de la solidarité et de l'emploi. L'entrée en vigueur de cette nouvelle taxe a été fixée au 1er avril 2022.

---

[131] Société en nom collectif et société en commandite notamment.

[132] Le taux de droit commun est fixé à 27%. Des dérogations existent pour les entreprises de production d'énergie (20%), pour les entreprises minières (35%), et pour les établissements financiers et les sociétés de crédit-bail (35%).

[133] Il varie entre 0 et 1. 0 correspond à une situation de parfaite égalité. L'inégalité est d'autant plus forte que l'indice est élevé.

Le Pays semble avoir suivi la même méthode que lorsqu'il avait élaboré la fiscalité comportementale (Cf. supra au § 3.5.3.). Il a en effet d'abord identifié le montant total des recettes espérées, puis a choisi l'outil fiscal techniquement adapté en fonction de son taux de rendement. Dans ces conditions, pour faire face aux besoins de financements significatifs, il a choisi une forme de TVA, qui présente l'avantage d'être simple techniquement et donc de ne pas nécessiter de réformer l'ensemble du paysage fiscal local. Cette réforme, sans sous-estimer son impact socio-économique, correspond de fait à une simple réforme paramétrique en majorant la TVA déjà existante (LP. 339-21), à laquelle s'ajoute le principe de non-déductibilité des producteurs et distributeurs intermédiaires (LP. 358-4). Malgré l'exonération des produits dits de première nécessité (PPN) du dispositif puisqu'il s'agit d'une TVA aménagée[134], l'amputation d'une partie du pouvoir d'achat des consommateurs, qui touchera en priorité les plus modestes à cause de l'effet de seuil (part des achats essentiels rapportée au revenu total de la famille), est un risque. La non-déductibilité de la taxe par les intermédiaires fixée par la règlementation, est susceptible de générer un effet multiplicateur, par le report successif de la hausse de leurs surcoûts, in fine, sur le consommateur final. Si les sociétés bénéficient (à la même date de la mise en place de la contribution pour la solidarité au 1er avril), d'une réduction de l'impôt sur leurs bénéfices de deux points (de 27 à 25%)[135], les familles ne se voient pas appliquer un équivalent, bien au contraire. La modification du code des impôts a prévu le relèvement de la contribution de solidarité territoriale pour les ressortissants du RNS et du RGS[136]. Toutefois, le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) a été majoré le 1er janvier 2022 de + 2%, de 152 914 F CFP fixé depuis le 1er octobre 2014, à 155 973 F CFP, pour 169 heures travaillées dans le mois.

Sur ces aspects, la collectivité n'a pas justifié durant l'instruction d'une étude d'impact préalable sur le pouvoir d'achat des familles.

4.3.3 Le régime de retraite des élus de l'assemblée de la Polynésie française

Le mandat de représentant à l'Assemblée de la Polynésie française ne constitue pas une activité professionnelle et ne donne pas lieu au paiement d'un salaire. Néanmoins, l'indemnité perçue ouvre droits à pension.

La délibération n°90-95 AT du 13 septembre 1990 a modifié les règles de fonctionnement du régime de retraite des membres de l'Assemblée territoriale et a remplacé le régime par répartition, instauré dix ans plus tôt[137], par un régime spécifique basé sur la capitalisation, au moyen d'un contrat souscrit auprès d'un assureur privé.

Les élus acquièrent chacun un capital, dont les deux tiers sont payés par la collectivité et un tiers par leurs propres cotisations.

En 2020, la charge supportée par l'Assemblée au titre de ce dispositif spécifique de cotisations retraite s'élevait à environ 87 millions de F CFP.

---

[134] Cf. le 3° du I de la LP. 340-9 du code des impôts.
[135] Article LP. 115-1 du code des impôts.
[136] Article LP. 21 et suivants de la loi du Pays n°2021-55 du 27 décembre 2021.
[137] Délibération de l'Assemblée n°80-87 du 27 mai 1980.

La revue du régime de retraite des élus a été évoquée lors de la séance budgétaire du 30 septembre 2011 puis réaffirmée comme une priorité par le président de l'APF à la CTC en réponse aux observations provisoires relatives au fonctionnement de l'APF en 2012. En 2013, seule une baisse de 10% de l'indemnité mensuelle à allouer aux représentants est intervenue. La retraite étant calculée sur un pourcentage de l'indemnité allouée, celle-ci diminue mécaniquement. Cela constitue une réforme paramétrique ne répondant pas à la problématique précédemment évoquée.

En 2018, une proposition de loi du Pays « portant affiliation des représentants à l'assemblée au régime de retraite de base des travailleurs salariés de Polynésie » a été transmise an CESC, sans aboutir. La loi du pays n°2019-6 visant la consolidation des régimes de retraite polynésiens en renforçant le principe de solidarité et en rénovant la concertation n'évoque pas le sujet. En 2022, le sujet est en suspens.

La problématique n'a pas été intégrée à la réforme de la protection sociale généralisée malgré la recherche toujours plus prégnante de l'équité entre citoyens et l'équilibre des comptes de la CPS.

S'il appartient à l'APF, dans le cadre de la séparation des pouvoirs, de déterminer les règles inhérentes à son fonctionnement, cette dimension de solidarité ne peut-être totalement écartée.

4.3.4 La lutte contre le travail dissimulé

Le travail illégal fausse les mécanismes de solidarité par un manque à gagner pour les régimes contributifs de la protection sociale (RGS et RNS) et en privant le travailleur des prestations liées à ce statut. En 2015, la CPS déclarait «Sur 183 contrôles, 615 situations salariales ont été contrôlées, 144 n'étaient pas déclarées soit 23%. Et, cela concerne tous les secteurs»[138].

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. La loi précise par ailleurs la définition du marchandage, vient interdire le prêt de main-d'œuvre à but lucratif et introduit de nouvelles sanctions administratives. Le cadre juridique fixé sert de base à une politique de contrôle de la direction du travail et de la CPS.

La CPS dispose d'un service de contrôle regroupant quatorze agents. La Chambre dans son rapport relatif aux prestations versées par la caisse a formulé comme recommandation de développer dès 2022 les contrôles a posteriori en se dotant des capacités informatiques adéquates.

[138] Jacqueline Cassel, chef de service adjointe au contrôle de la caisse de prévoyance sociale.

En 2018, la direction du travail disposait de huit postes budgétaires affectés au contrôle (3 postes de catégorie A et 5 postes de catégorie B). En 2019, la direction du Travail a enregistré 89 interventions relatives au travail illégal. 49 amendes administratives ont été délivrées représentant un montant de 7,4 MF CFP. Néanmoins, les procès-verbaux constatant le travail illégal restent rares. 8 ont été dressés entre 2016 et 2020. Depuis 2020, des objectifs quantitatifs annuels seraient fixés aux agents. Ces données méritent une actualisation.

La Chambre invite dès lors le Pays à renforcer la lutte contre la fraude aux prélèvements publics et aux prestations sociales, y compris en ce qui concerne les dispositifs mis en place pendant la crise sanitaire.

4.4 UN CONTROLE DES OPÉRATEURS PRIVÉS SOCIAUX À STRUCTURER

L'arrêté portant création et organisation de la DSFE l'a doté de compétences en matière de contrôle des conventions de financement qu'elle passe avec les établissements dans le domaine de l'action sociale[139] : structures médico-sociales et socio-éducatives.

De son côté, l'ARASS est chargée *« d'assurer les missions d'inspection et de contrôle auprès des organismes et personnes publics et privés soumis à un régime d'autorisation, d'agrément, percevant des financements publics, accueillant des personnes vulnérables, ou concourant aux missions de service public, en application de la réglementation »*[140].

Afin d'éviter tout risque de chevauchement entre ces deux directions, il serait de meilleure gestion de clarifier la règlementation afférente à leur objet, ainsi que d'adapter les organigrammes de ces deux services en conséquence.

La DSFE est encore dotée au moment de l'instruction d'un service de contrôle et de suivi des établissements. S'il apparaît pertinent que la tutelle métier soit exercée par le ministre en charge de la politique de solidarité, la tutelle financière qui a pour objet en particulier de garantir le bon usage des deniers publics devrait être exercée par un service relevant d'un autre ministère. Il s'agit d'éviter que les travailleurs sociaux qui ont pour tâche d'instruire les demandes d'aides et d'accompagner les projets, effectuent aussi un contrôle économique et financier des actions menées a posteriori. La séparation entre gestion et contrôle est indispensable.

Une fois complétée la règlementation permettant l'agrément des structures sociales et médico-sociales, l'ARASS devrait dès lors exercer les contrôles correspondants (Cf. le § 4.1.1.2.).

---

[139] 3° de l'article 6 de l'arrêté n° 419 CM du 15 mars 2018 portant création et organisation de la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité.

[140] 1° de l'article 5 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.

En 2020, l'ARASS a identifié dans le domaine social et médico-social, 42 crèches garderies, 230 accueillants familiaux, 47 unités de vie, un institut médico-éducatif (IME), 16 établissements médico-éducatifs, neuf familles d'accueil thérapeutiques, et 15 établissements socio-éducatifs. Dans un contexte marqué par la pandémie, seules 5 structures ont été contrôlées, essentiellement suite à des signalements pour dysfonctionnement. Sur ces aspects, ce service prévoit de reconfigurer le régime d'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux afin de les intégrer au régime d'autorisation des établissements sanitaires.

4.4.1 Le périmètre des opérateurs et leur poids financier

Le Pays confie par conventions à des organismes extérieurs à son administration l'exercice de missions de service ou d'intérêt public dans le champ social. Ce prolongement de l'action publique s'est largement développé dans ces secteurs, et dans une moindre mesure dans le domaine de la santé.

Les entités privées en charge du secteur social occupent ainsi une place prépondérante dans la mise en œuvre de la politique publique. En 2019, plus de 60% des crédits de fonctionnement liés au chapitre 971–Vie sociale, soit 930 MF CFP, étaient reversés à des associations et autres organismes de droit privé.

La collectivité ne définit pas de calendrier d'appels à projets au regard des besoins qu'elle aurait identifiés. Elle répond à des demandes issues des tiers, ce qui l'a conduit à répondre davantage à des besoins exprimés au cas par cas, plutôt qu'à une stratégie formalisée. L'établissement de l'équivalent d'une carte sanitaire dans le champ social offrirait un effet de levier dans l'organisation de cette politique publique.

En contrepartie des financements octroyés par le Pays, les opérateurs privés s'engagent notamment à effectuer les prestations indiquées dans la convention. Sur cet aspect, le Pays doit prendre les mesures appropriées de suivi et de contrôle afin de s'assurer du bon déroulement des prestations attendues. Au regard des enjeux financiers croissants (+ 52% entre 2016 et 2019)[141], les opérateurs se doivent de leur côté de se conformer aux principes de bonne gestion des deniers publics.

La contribution du ministère des solidarités aux organismes privés en charge des secteurs social et médico-social revêt principalement deux formes. C'est la DSFE qui en est l'opérateur :

- l'instruction des subventions soumises aux règles de la comptabilité publique. Cela consiste en des actions en faveur des personnes (aides individuelles), par notamment la commission de secours, de fonds versés aux communes à l'occasion de la crise sanitaire notamment, et de l'aide familiale au logement versée à l'OPH (aide à la personne). La DSFE administre aussi des actions de prévention par des subventions qu'elle octroie au titre du Fonds de prévention sanitaire et social (FPSS) et des subventions d'investissement d'aide à la mise

[141] 610 MF CFP en 2016, 765 MF CFP en 2017, 895 MF CFP en 2018 et 929 MF CFP en 2019.

aux normes des crèches-garderies. Ces structures sont encadrées par un texte depuis 1995[142], mais la collectivité estime qu'elle ne couvre que la moitié des établissements qui sont en fonctionnement. L'autre moitié, qui n'est pas financée mais qui accueille des enfants, n'est pas soumis à des contrôles de conformité, ce qui n'est pas acceptable.

- la gestion des subventions à des personnes morales qui sont soumises aux règles de la comptabilité privée. Les subventions de fonctionnement et d'investissement aux associations sont instruites et attribuées au titre du fonds d'action sociale (FAS), et concernent les établissements médico-sociaux ou socio-éducatifs.

4.4.2 Cadre juridique des conventions

L'externalisation par le Pays d'une mission d'intérêt général sous-tend la signature de contrats d'objectifs. A ce jour, la règlementation impose un cadre annuel.

Les concours financiers octroyés par le RSPF aux organismes privés font l'objet d'une règlementation spécifique définie depuis 1997[143]. Celle-ci apparaît précise et définit les rôles et attributions de chacun des intervenants. Elle indique notamment que l'instruction des demandes de subventions et le contrôle de l'utilisation de ces fonds sont assurés par le service chargé des affaires sociales. La subvention est annuelle, et versée par douzième.

Afin d'assurer une continuité de l'action, le comité de gestion du RSPF a prévu une reconduction tacite de la convention jusqu'à signature de la suivante.

Il serait de meilleure gestion d'envisager d'emblée, sur la base d'un cahier des charges précis et d'un suivi renforcé, une durée contractuelle pluri annuelle, assortie d'objectifs sur la même durée, en y incluant un volet performance. Un contrôle interne de la collectivité devrait ensuite évaluer la pertinence des dispositifs. Cela sous-tend en premier lieu la modification par la collectivité de la règlementation.

En 2022, ces méthodes de gestion semblent un but lointain à atteindre, des obstacles significatifs n'ont toujours pas été dépassés, comme l'absence de cadre règlementaire empêchant l'agrément d'unités de vie.

Cette évaluation est d'autant plus nécessaire quand moins d'un personnel sur deux (sur un total de 260 salariés) a un diplôme dans le secteur de l'éducation spécialisée[144]. La vérification de l'atteinte des objectifs fixés permet de faire évoluer les moyens afin de mieux répondre à la problématique traitée. Elle doit aussi poser la question de la pérennité du financement en cas de défaillance dans la gestion de la mission.

[142] Délibération n° 95-1 AT du 19 janvier 1995 portant réglementation des crèches, jardins d'enfants, haltes garderies, garderies périscolaires et garderies parentales.

[143] Arrêté n° 104 CM du 24 janvier 1997 modifié fixant les règles comptables et budgétaires ainsi que les modalités de financement et de contrôle des organismes subventionnés par le régime de solidarité territorial pour la couverture du risque lié aux handicaps médico-sociaux.

[144] Source : Projet de budget DSFE 2021

C'est ainsi que la collectivité a indiqué ne pas avoir arrêté de stratégie de contrôle dans le domaine des subventions attribuées au secteur privé socio-éducatif et médico-social. Elle justifie cette carence par l'absence de moyens dédiés. Les services de la DSFE se concentrent sur le contrôle des justificatifs des dépenses réalisées par la revue des factures.

Par ailleurs, la DSFE ne dispose pas de statistiques relatives au contrôle. A ce titre, les contrôles des établissements sur place ne sont pas assortis de suivi formalisé (procès-verbal de visite).

Un contrôle étendu par la collectivité apparaît nécessaire au regard des différentes opportunités de subventionnement qui rendent possible de la part des porteurs de projets, une démarche de cumul opportuniste généreuse des différents financements. Un opérateur peut en effet interagir auprès de différents dispositifs de soutien auprès de la collectivité, a fortiori lorsqu'ils relèvent de différents ministères. Cette recherche d'effet d'aubaine est favorisée dans le cas où l'organisme demandeur a en charge plusieurs pôles d'activité (un dossier par activité). Un bureau de coordination des aides sociales en espèce pourrait avoir une vision consolidée des financements du Pays accordés à une même entité. Un état déclaratif de toutes les subventions publiques obtenues auprès de tous les bailleurs publics et auprès de la CPS pourrait être exigé par le Pays afin de disposer d'une information complète.

Cette vision d'ensemble est d'autant plus utile que certaines entités peuvent à la fois exercer des missions d'intérêt général et des activités qui se situent sur un champ concurrentiel. A cet égard, la question d'un financement public qui servirait des activités commerciales peut être soulevée.

4.5 La définition et la gestion des zones de risques sont absentes

4.5.1 Les élus

Des zones de risques ont été identifiées par la Chambre dans le champ de l'action sociale. Ainsi un contrôle complet, voire externalisé à un autre service, pourrait être mis en place quand les parties signataires de la convention de financement sont le ministre, président du comité de gestion du RSPF et un président d'association qui est aussi son directeur de cabinet. Un raisonnement similaire peut s'appliquer quand les signataires de la convention de financement sont le président du comité de gestion du RSPF et un président d'une association dont un membre du bureau est membre du cabinet du président du comité de gestion alors ministre.

D'autres cas de figure peuvent, a minima, soulever des questions d'ordre déontologique. La commission en charge de l'examen des demandes de subventions des associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux et sociaux-éducatifs peut attribuer une

subvention à une association dont le président est également président de ladite commission[145], et sans qu'il prenne la peine, au vu du procès-verbal, de se déporter.

La situation dans laquelle la DSFE octroie une subvention à une association dont la présidente a, par le passé, été condamnée en première instance suite à un détournement de fonds n'est certes pas illégale mais elle appelle à une vigilance accrue de la part de la collectivité financeuse.

Enfin une situation où le directeur des affaires sociales est signataire d'une convention de financement avec une association importante, qui intervient dans le champ social et dont il est membre a été observée. Cette situation constitue une double zone de risque. En effet le directeur de cabinet du ministre de tutelle occupe par ailleurs une fonction[146] dans le bureau de cette association.

Cette association bénéficie d'ailleurs d'un circuit de financements atypique. Par une décision en date du 24 février 2017, le conseil d'administration de la CPS lui a accordé en effet une subvention exceptionnelle de 3,9 MF CFP, pour la création de l'espace d'accueil de jour pour personnes âgées semi-autonomes. A ce titre, la CPS vient subventionner sur le fonds d'action sanitaire et social (FASS) et donc au titre du RGS, financé uniquement par les employeurs, pour la première fois, un établissement médico-social. L'utilisation du FASS permet de contourner les règles de gestion du fonds social de retraite (FSR) qui ne permet pas l'attribution de subventions à une association.

La CPS, dans son rôle de gestionnaire de l'assurance maladie et des retraites, n'a pas vocation à financer la prise en charge des personnes âgées. Ce financement vient en complément d'une subvention de la direction des affaires sociales, dont la directrice de cabinet du ministre de tutelle de la CPS est vice-présidente de l'association concernée.

Le financement initial de l'opération prévoit une participation de la CPS à hauteur de 32%, de la direction des affaires sociales de 35 % tandis que l'association intervient au titre de son autofinancement à hauteur de 3 %[147].

4.5.2 Les agents

Outre les risques de détournement possibles, les emplois dans les organismes privés liés à la filière socio-éducative disposent de débouchés réduits, qui se limitent quasi exclusivement à la DSFE ou aux autres associations subventionnées par la DSFE. A contrario, les agents de la DSFE n'ont comme débouchés que les organismes socio-éducatifs. Cette superposition des rôles constitue un risque accru dans la chaîne de financement des associations, dans un contexte où le travailleur social à la DSFE exerce des fonctions d'instruction et de contrôle de la demande de subvention d'organismes dans lesquels à terme, il pourrait y exercer lui-même une activité.

[145] Signature identique.
[146] De vice-président.
[147] La participation et les dons représentent 20 % du financement. Les subventions des organisations publiques et de la CPS financent le projet à hauteur de 80 %.

Cela confirme la nécessité de dissocier au sein du Pays en matière d'action sociale, instruction et contrôle.

La Chambre estime plus généralement que la collectivité, dès lors qu'elle octroie des aides, doit présenter toutes les garanties de l'intégrité de toutes les parties prenantes à la chaîne de décision interne, afin d'écarter tout soupçon, et toute altération de la confiance. Pour rappel, la prise illégale d'intérêt est constituée lorsque qu'une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public ou par une personne investie d'un mandat électif public, de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt de nature à compromettre son impartialité, son indépendance ou son objectivité dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement[148]. Le délit est ainsi caractérisé par « la prise d'un intérêt matériel ou moral, direct ou indirect et se consomme par le seul abus de la fonction indépendamment de la recherche d'un gain ou de tout autre avantage personnel »[149].

La *déontologie du fonctionnaire* publiée par la direction générale des ressources humaines mériterait davantage d'attention de la part des services et des cabinets. Sa dénomination est à revoir, il s'agit de principes de déontologie *des agents publics*, qui doivent s'appliquer aussi bien aux agents titulaires, aux agents non titulaires et aux emplois de cabinet.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'action sociale a pour objectif d'accompagner les publics fragilisés, en précarité économique ou sociale, les personnes âgées dépendantes, et personnes handicapées. 20% de la population vivrait en Polynésie française sous le seuil de pauvreté relative monétaire, soit moins de 30 000 F CFP par mois par individu.

La collectivité a mis en place un ensemble de dispositifs d'accompagnement, gérés par la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE). Celle-ci est confrontée à une règlementation incomplète, à cause notamment de l'absence de choix politiques clairs. Le besoin le plus important concerne la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Il n'y a pas en Polynésie française de véritable filière gérontologique (absence de schéma directeur, faiblesse des investissements, cadre règlementaire incomplet des structures d'accueil).

Le Pays, avec le concours de la CPS, a fait le choix d'étoffer significativement ses dispositifs d'aide sociale, en vue selon ses dires de répondre au mieux aux besoins sociaux, et d'harmoniser les dispositifs entre les trois régimes sociaux (RGS, RNS et RSPF). Il en résulte aujourd'hui une multiplicité d'outils. La volonté d'accompagner les publics fragilisés a abouti à un foisonnement des dispositifs, plaçant les travailleurs sociaux du Pays dans une situation paradoxale : ils n'ont plus les capacités suffisantes pour conduire leur mission, accaparés par les tâches multipliées de gestion administrative particulièrement chronophages. La complexité de l'aide sociale telle qu'elle est organisée a éloigné la collectivité des publics fragiles. A cet égard, la mise en place de la carte électronique de prépaiement Auti'a en phase de test en 2022

[148] Article 432-12 modifié par l'article 15 de la loi n°2021-1729 du 22 décembre 2021.
[149] Chambre criminelle, 21 juin 2000, pourvoi n° 99-86871.

devrait s'accompagner pour gagner en efficacité de la simplification des aides et de la digitalisation des procédures internes et des services apportés.

Par ailleurs, la Chambre regrette que les recommandations qu'elle a formulées dans ses précédents rapports concernant les recettes de la PSG et la fiscalité n'aient pas été mises en œuvre par la collectivité. Il s'agissait de diminuer sa dépendance aux revenus assis sur les flux économiques. Dans ces conditions, elle n'a pu que subir, 10 ans après la première alerte issue des effets de la crise économique en 2009, le choc lié à la pandémie survenue depuis 2020.

La délégation aux opérateurs sociaux privés par le Pays est à moderniser. Les financements qui leur sont attribués sous forme de subventions s'effectuent dans un cadre budgétaire annuel devenu inadapté. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens adossé à une évaluation de la performance permettrait de mieux définir et d'évaluer l'action publique dans ce domaine.

Enfin, les principes de déontologie qui ont été rédigés par la direction générale des ressources humaines (DGRH) de la collectivité mériteraient d'être mieux diffusés à tous les agents publics du Pays.

ANNEXE :
REPONSE DE M. EDOUARD FRITCH, PRESIDENT DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

POLYNESIE FRANÇAISE

Le Président

N° 1-5199 /PR

CHAMBRE TERRITORIALE DES COMPTES DE POLYNÉSIE FRANÇAISE
25 JUIL. 2022
N° 2022-211
COURRIER ARRIVÉE

Papeete, le 22 JUIL. 2022

à

Monsieur le Président de la Chambre Territoriale des Comptes
BP 331
98 713 Papeete - Tahiti
E-mail : polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr

Objet : Rapport définitif du contrôle de la Chambre Territoriale des Comptes (CTC) sur la politique sociale en Polynésie française, exercices 2016 et suivants.

Monsieur le Président,

La lecture du rapport définitif du contrôle de la Chambre Territoriale des Comptes (CTC) sur la politique sociale en Polynésie française des exercices 2016 et suivants, m'amène à vous formuler les remarques ci-après :

- Pour pallier au défaut de données statistiques relatives au champ de l'action sociale relevé dans le rapport, une fiche projet a été présentée au séminaire gouvernemental du 9 et 10 mars 2022. Aussi, je souhaite porter à votre connaissance la création d'une cellule prospective au sein de la DSFE dont la mission sera de collecter l'ensemble des données quantitatives et qualitatives en vue de réformer les procédures d'interventions.

  En complément, cette cellule aura pour mission de mettre des indicateurs généraux et d'assurer le suivi de ces derniers. La création de cette cellule a été validée lors du dernier collectif budgétaire en juin 2022 et sa mise en place sera effective dès que possible (recrutement en cours).

- La signature de la convention de la carte Auti'a a eu lieu le 3 mai 2022. Cette carte permet de simplifier les démarches inhérentes à l'octroi des aides sociales. Le projet pilote est actuellement déployé sur 500 familles vivant de Mahina à Paea et ce jusqu'au 31 décembre 2022.

- En parallèle, une réflexion sur la révision des aides sociales est en cours en coopération avec la CPS et la DSFE.

- Le « schéma directeur de l'action sociale 2023-2028 » sera réalisé d'ici la fin de la mandature en 2023, le cahier des charges étant finalisé pour le lancement du marché le 22 juillet 2022.

B.P. 2551 , 98713 Papeete – TAHITI, Polynésie française – Quartier Broche, – Avenue Pouvanaa a OOPA
Tél. : (689) 40 47 20 00 - Fax. : (689) 40 47 21 10 - Email : capr@presidence.pf - http://www.presidence.pf

- Le rapport d'orientation stratégique propre à la politique de la famille est actuellement en cours d'évaluation dans l'objectif de la mise en place d'un nouveau plan d'action qui sera présenté à l'APF d'ici la fin de l'année 2022.

Plus précisément :

- **Point 1.4**
  - Compte FPSS : en 2022, celui-ci a été réduit à 29 millions iso 45 millions comme prévu initialement (affectation de 16 millions à la DPDJ par le précédent ministère de tutelle). Cette affectation mettant à mal les projets envisagés par la DSFE tels que la tenue d'évènements de grande ampleur ou encore des dispositions exceptionnelles par volet.
- **Point 1.4.2**
  - ITEP : la création d'un cadre réglementaire relatif à l'organisation de cette structure est programmée d'ici la fin de la mandature dans le cadre de la protection de l'enfance.
  - La combinaison des portefeuilles confiés au MTS permettra d'améliorer la prise en charge des jeunes avec le développement de l'apprentissage et de l'insertion professionnelle.
  - Les financements indirects : les dispositions réglementaires concernant l'ordonnancement des 3 fonds d'action sociale (FAS) sont en cours de révision en vue de présenter un nouveau texte légiférant une nouvelle organisation.
  - Tableau n° 10 : pour ce qui relève des opérations d'investissements suivis par la DSFE en 2021, il est à noter que 3 projets de construction sont inscrits dans le plan de relance du Pays ; à savoir la construction d'un CHRS, d'un village communautaire et d'un centre de jour en faveur des publics sans abri (signature d'une convention d'assistance à maitrise d'ouvrage de 45 millions).
- **2.1 Un droit positif à renforcer**
  - Un état des lieux de tous les textes réglementaires propres à l'action sociale de Polynésie est commandé dans le cadre de la rédaction du schéma directeur.
- **4.1.1 Le périmètre de l'action sociale**
  - Une vigilance particulière est portée par le MTS en ce qui concerne la réglementation des aidants Feti'i, des accueillants familiaux et des unités de vie. Priorité sera donnée aux modifications législatives à envisager.
  - La même stratégie est envisagée pour les établissements sociaux et médico-sociaux.
- **4.2.1 Le rôle de l'économie dans l'insertion sociale**
  - L'arrêté d'application accompagné de ses annexes concernant les SISAE a été adopté en CM le 27 avril 2022.
  - Le schéma d'insertion sociale par l'activité économique est en cours de finalisation et sera présenté à l'APF en 2022.
- **4.2 Les moyens de la DSFE**
  - La nomination de la nouvelle directrice de la DSFE le 2 mai et les priorités RH qui lui ont été données permettront de rapidement combler les carences en moyens humains de cette direction.

- 4.2.2 Les outils numériques de la DSFE

- Dans le cadre de la nomination de la nouvelle directrice et de la restructuration de la DSFE comme axe prioritaire du MTS, la digitalisation afin de permettre une simplification des procédures sera au centre des réflexions.

Recevez, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments respectueux.

Edouard FRITCH

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